

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1348/2016

ATAS/1093/2016

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 20 décembre 2016

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Thierry STICHER

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et Christine
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée), née le _____ 1973, d'origine portugaise, en Suisse depuis septembre 1990, exerçait la profession d'aide-soignante depuis 1999 à 85%.

Le 10 décembre 2003, elle a déposé une demande auprès de l'office cantonal AI (ci-après OAI), visant à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Elle allègue souffrir de « migraines accompagnées d'un sévère handicap depuis l'enfance » et pense pouvoir assumer une activité lucrative à 50%.

2. Dans un rapport du 16 février 2004, le docteur B_____, généraliste et médecin traitant, a confirmé que sa patiente souffrait de migraines à répétition depuis l'enfance, avec troubles neurologiques dès novembre 2002. Il mentionne également un trouble de conversion possible secondaire et un retard de développement dans l'enfance. Il estime que la capacité de travail est nulle depuis le 21 novembre 2002 et de 50% dans l'activité habituelle, à compter du 29 mars 2003.

Le Dr B_____ a en mars 2005 précisé que l'assurée avait eu un suivi pendant sa grossesse 2001-2002 par la doctoresse C_____, spécialiste FMH en psychiatrie, et D_____, psychothérapeute, et qu'elle avait spontanément repris rendez-vous auprès de cette dernière dès mars 2005.

3. Le 7 avril 2005, l'assurée a informé l'OAI qu'elle avait réduit son temps de travail, passant de 50% à 40%, depuis le 1^{er} janvier 2005.

Elle a annoncé le 25 avril 2005 qu'un psychiatre, le docteur E_____ des HUG était en train d'évaluer son cas en vue d'un suivi.

4. Le Dr E_____ a, dans un rapport du 14 décembre 2005, indiqué que l'assurée souffrait d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, et d'un trouble somatoforme douloureux depuis 2004. Il fixe l'incapacité de travail à 50% depuis 2003 en tant qu'aide-soignante. Il décrit une apathie, une tristesse modérée, des troubles mnésiques et cognitifs en dehors de rituels structurants. Il n'y a pas de troubles de la personnalité. Il estime que les troubles psychiques ne pourront pas disparaître ou s'atténuer si les circonstances se modifient. Ils ne sont pas réactionnels à des événements de vie adverses ; la personnalité de l'assurée immature reste cependant une entrave pour le processus thérapeutique. Il ajoute qu'« elle réalise des efforts pour maintenir son engagement professionnel à 50% et assurer ses responsabilités éducatives dans son rôle de mère, ceci dans une structure psychique bien rigide à caractère obsessionnel. La moindre opposition au sein de l'équilibre fragile entraînera une dévalorisation de sa personne et une perte de sa capacité de réinsertion professionnelle à 100% ».

5. Par courrier du 29 septembre 2006, le Dr E_____ a confirmé la capacité de travail à 50% sur une totalité de huit heures par jour. Il a indiqué que « l'influence culturelle n'influence plus l'incapacité de travail, ni l'affection actuelle de son récit. Nous ne relevons pas de conflit de couple, les relations avec son enfant sont

normales et adéquates, ses relations avec les autres membres de la belle-famille sont distantes, mais non conflictuelles, et avec sa propre famille, elle verbalise des communications téléphoniques régulières. Son travail comme aide-hospitalière est un des piliers de son fonctionnement. Le fait d'être en contact permanent avec des personnes souffrant physiquement et leur apporter de l'aide la valorise. La proposition de privilégier une autre activité ou formation risque de provoquer plus de désorganisation que de bénéfice chez ces personnes avec des défenses psychorigides. Une tentative de travail à 70% durant les mois de mai et avril 2006 s'est soldée par un échec cuisant après lequel elle a nécessité un arrêt de travail à 100% pendant quatre mois. Actuellement elle suit un traitement pharmacologique pour ses migraines invalidantes de Topamax 200 mg et d'autres antalgiques associés à un traitement antidépresseur ».

6. L'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision le 12 janvier 2007, aux termes duquel sa demande était rejetée, au motif que selon la jurisprudence sur le trouble somatoforme douloureux, celui-ci n'était pas invalidant.

L'assurée a été entendue le 30 janvier 2007. Elle ne comprend pas les raisons de ce refus.

7. L'OAI a alors confié au docteur F_____, neurologue, le mandat d'expertiser l'assurée. Celui-ci a rendu son rapport le 31 mai 2007. Selon l'expert,

« le problème neurologique de l'assurée présente deux aspects, d'une part, un foramen ovale perméable, d'autre part, une migraine. Le foramen ovale perméable associé à un anévrisme du septum inter-auriculaire et à un important shunt droite-gauche ne joue aucun rôle dans le dossier actuel, mais représente certainement une menace pour l'avenir. Il est à peine pris en compte dans son dossier justifiant un traitement antiagrégant.

L'assurée souffre d'une migraine depuis l'adolescence et celle-ci a peut-être un caractère familial. (...) Il ne fait en effet aucun doute pour moi que l'assurée souffre d'une maladie grave et qu'on peut la croire lorsqu'elle affirme qu'elle n'assume plus son rôle de maîtresse de maison, probablement son rôle d'épouse, que sa vie sociale s'est considérablement rétrécie et qu'elle ne peut pas travailler au-delà de ce qu'elle parvient à faire. J'irais jusqu'à penser qu'elle est mal investie dans son travail et qu'elle risque de le perdre à l'avenir ».

Le Dr F_____ a retenu les diagnostics de migraine - présente depuis l'adolescence, qui s'est aggravée depuis novembre 2002 et qui prend alors une tournure très particulière, qui est l'expression à son sens d'une décompensation et de troubles de la personnalité.

Il a ainsi considéré que l'assurée était incapable de travailler à 50%.

8. Dans une note du 11 juillet 2007, le médecin du SMR a considéré qu'il y avait lieu de modifier son précédent avis du 31 octobre 2006, et d'admettre que l'assurée souffre d'une pathologie, à la fois neurologique et psychiatrique, invalidante,

l'empêchant de travailler plus qu'à 50% et cela depuis le 29 mars 2003, ainsi que l'attestent le Dr F_____, neurologue, et le Dr E_____, psychiatre.

9. Une enquête économique sur le ménage a été réalisée le 8 novembre 2007. Il en résulte un empêchement à exécuter les travaux ménagers de 13,5%.
10. Par décision du 24 janvier 2008, l'OAI a calculé le degré d'invalidité de l'assurée sur la base d'un statut mixte et obtenu le résultat de 43%. Il s'est fondé sur un revenu sans invalidité de CHF 40'219.- et un revenu avec invalidité, compte tenu d'une capacité de travail de 50%, de CHF 23'728.-, ce qui donne un degré d'invalidité de 41% pour la part professionnelle, d'une part, et sur le taux d'empêchement dans les activités du ménage selon l'enquête du 8 novembre 2007 de 13,5%, d'autre part. L'OAI a établi son tableau comme suit :

Activités	Part	Perte économique/ empêchement	Degré d'invalidité
aide hospitalière	84,75%		41%
Travaux habituels	15,25%	13,5%	2,05%
Degré d'invalidité total			43,05%

Il lui a dès reconnu le droit à un quart de rente d'invalidité à compter du 29 mars 2004, soit à l'échéance du délai d'attente d'une année.

11. Le 26 août 2008, l'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, alléguant une aggravation de son état de santé, l'ayant obligée à cesser toute activité lucrative à compter du 8 avril 2008. Le Dr B_____ a confirmé, les 19 août et 9 octobre 2008, qu'elle était en arrêt de travail depuis le 8 avril 2008 « sans perspective proche de reprise à 50% ». Il a indiqué qu'un nouveau diagnostic s'était ajouté à ceux qui avaient motivé la rente à 50%, à savoir un syndrome somatoforme douloureux sévère.
12. Le 28 octobre 2008, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision refusant d'entrer en matière. Il s'est fondé sur la note du médecin du SMR, datée du 27 octobre 2008, selon laquelle « même diagnostic, pas d'élément objectif permettant d'admettre une aggravation notable du syndrome somatoforme douloureux ».
13. L'assurée a été entendue dans les locaux de l'OAI le 17 novembre 2008. Elle a transmis un courrier de la doctoresse G_____, psychiatre, du 14 novembre 2008, aux termes duquel celle-ci a informé l'OAI qu'elle suivait l'assurée depuis février 2008 en raison d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un trouble

dépressif récurrent avec trouble mixte de la personnalité. Elle a ajouté que l'assurée présentait une humeur dépressive avec perte de l'estime de soi et anxiété importante, qu'elle a tendance à réagir au stress et à ses difficultés d'une manière générale (y compris douleurs) par de l'agitation psychomotrice avec logorrhées entraînant une accentuation de ses douleurs et qu'elle souffrait également d'insomnies.

14. La doctoresse H_____, neurologue, a indiqué le 18 novembre 2008 que l'assurée était connue depuis plusieurs années pour des céphalées de caractère migraineux, avec troubles neurologiques prolongés d'étiologie indéterminée. Elle présente par ailleurs un important état dépressif, ainsi que des accès de douleur diffuse attribuée à une fibromyalgie.
15. Le docteur I_____, rhumatologue, a quant à lui déclaré, le 26 novembre 2008, que l'assurée l'avait consulté pour une sciatique en novembre 2000, puis pour des douleurs diffuses de la région cervicale des trapèzes des régions dorsale et lombaire en avril 2007. Selon lui, « l'évolution s'est faite vers un syndrome fibromyalgique avec des troubles du sommeil, des troubles de l'humeur et des douleurs multiples à caractère itinérant ».
16. Dans une note du 8 décembre 2008, le médecin du SMR a pris connaissance de ces trois documents médicaux, mais a confirmé le refus d'entrer en matière, répétant que l'atteinte actuelle à la santé était la même que celle qui avait justifié l'octroi de la rente en janvier 2008.
17. Par décision du 15 décembre 2008, l'OAI a confirmé son projet de décision.
18. Par courrier du 11 mai 2009, l'assurée a informé l'OAI que son état de santé se dégradait de plus en plus. Elle a produit un rapport de la Dresse G_____ du 22 juin 2009 et rapport du Dr I_____ du 23 juillet 2009. Par un téléphone du 11 août 2009, elle a par ailleurs annoncé qu'elle avait été licenciée avec effet au 30 novembre 2009.
19. Au vu de ces pièces médicales, l'OAI a décidé d'entrer en matière.
20. Dans une note du 22 septembre 2009, le médecin du SMR a considéré qu'il convenait de soumettre l'assurée à une expertise pluridisciplinaire du CEMed à Nyon (psychiatrie, rhumatologie et neurologie).
21. Un rapport d'expertise a été établi le 16 avril 2010. Les experts ont retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de céphalées mixtes vasomotrices tensionnelles et psychogènes (présentes depuis l'enfance avec aggravation depuis 2002) et de trouble dépressif récurrent existant depuis l'âge de 15 ans, épisode actuel moyen sans syndrome somatique et les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de foramen ovale avec anévrisme septal et de trouble douloureux somatoforme.

Ils ont admis que sur le plan physique, l'importance et surtout la fréquence des maux de tête pouvaient entraîner une perte de rendement dans le cadre de l'activité

professionnelle d'aide-soignante. Il n'y avait par contre pas d'autres limitations du point de vue neurologique. Sur le plan psychique et mental, les troubles neurocognitifs, l'abaissement de l'humeur probablement fluctuante, la perte de l'énergie vitale et le stress étaient mentionnés. Ils ont ainsi considéré que l'assurée pouvait exercer l'activité d'aide-soignante à 100% avec une perte de rendement de 50%, depuis l'expertise du Dr F_____ sur le plan neurologique et depuis 2004 sur le plan psychique. Ils ont précisé qu'il n'y avait aucun changement dans le degré d'incapacité de travail depuis lors.

Ils concluent ainsi à une incapacité de travail de 50%, laquelle tient compte des facteurs somatiques et psychologiques, étant ajouté que « nous n'avons pas acquis la conviction d'une aggravation significative des atteintes depuis l'appréciation portée par le Dr F_____ reconnaissant à la patiente une incapacité de travail de 50% ».

22. Dans une note du 8 juin 2010, le médecin du SMR a sur cette base constaté que l'état de santé était stationnaire sans aggravation manifeste, de sorte que les conclusions de l'avis SMR du 11 juillet 2007 restaient valables.
23. Par décision du 22 juillet 2010, l'OAI a informé l'assurée que son droit à un quart de rente d'invalidité était maintenu, confirmant ainsi son projet de décision du 11 juin 2010.
24. La Zurich assurances, assureur perte de gains-maladie de l'ancien employeur de l'assurée, a annoncé le cas de l'assurée en détection précoce le 21 septembre 2010.
25. Un rapport d'évaluation/procès-verbal de l'entretien de détection précoce a été réalisé le 12 octobre 2010.
26. L'assurée a déposé une nouvelle demande de prestations AI, plus particulièrement la prise en charge de mesures de réadaptation professionnelle, le 25 octobre 2010.
27. Par courrier du 15 novembre 2010, le docteur J_____, chirurgien orthopédiste, a déclaré que l'assurée avait été opérée le 21 avril 2010 pour des entorses à répétition de la cheville droite. Il signale qu'elle souffre également d'un syndrome douloureux de l'autre cheville et présente une importante laxité. Il relève enfin qu'elle est connue pour des douleurs particulières multiples en rapport avec une fibromyalgie.

Une expertise orthopédique a été réalisée le 25 novembre 2010 par le docteur K_____, chirurgien orthopédique, dans le cadre du centre d'expertises médicales de Nyon, sur demande de la Zurich assurances. Il en résulte que les troubles constatés à ce jour, tant physiques que psychologiques, sont la conséquence de l'accident survenu le 3 novembre 2009. Si on ne tient compte que des suites de cet accident, l'expert a considéré que l'assurée devrait être apte à travailler, progressivement à 25%, au 1^{er} janvier 2011, à 50% six semaines après et, selon toute vraisemblance à 100%, dans le courant du mois d'avril 2011, en tenant compte d'une évolution lentement favorable de l'état de la cheville droite.

Dans un rapport du 23 mars 2011, le Dr J_____ a estimé, s'agissant de la problématique à la cheville droite, que l'assurée était incapable de travailler à 100% depuis le 3 novembre 2009, à 50% depuis le 16 décembre 2009 et à 100% depuis le 23 mars 2010, étant précisé que l'importante réduction du périmètre de marche et les douleurs de la cheville étaient incompatibles avec son métier d'aide-soignante.

Le 7 août 2011, le Dr J_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis le printemps. La capacité de travail était de 50% dans l'activité d'aide-soignante.

28. Dans une note du 17 avril 2012, le médecin du SMR a relevé que selon le Dr J_____, l'état de santé s'était amélioré, avec reprise de l'activité à 50%, dès le 1^{er} mai 2011 comme aide-soignante. Une activité adaptée aurait été possible suite à cette nouvelle atteinte dès janvier 2010 (incapacité de travail totale du 21 avril au 6 juin 2010 avec comme limitation fonctionnelle une activité sédentaire essentiellement assise).
29. Le 9 septembre 2013, le Dr B_____ a signalé une aggravation de l'état de santé sur 2012 et 2013 en raison de nombreux épisodes de maladies aiguës, complications des pathologies connues. La capacité de travail était limitée à 40% « dans le poste de travail occupé en tant que mère de famille ».
30. Le 18 septembre 2013, le Dr I_____ a confirmé l'aggravation depuis l'été 2009. La capacité de travail est de 50% en tant qu'aide-soignante, les limitations fonctionnelles sont une fatigabilité extrême, des douleurs à la cheville droite à la marche, un essoufflement dû à l'obésité et des douleurs multiples. Il ajoute que l'assurée « doit bénéficier d'une demi-rente au minimum ».
31. L'assurée est suivie par un nouveau médecin psychiatre, la doctoresse L_____. Ce médecin a indiqué le 10 décembre 2013 que l'assurée l'avait consultée en septembre 2013 en raison de difficultés avec son fils et d'une réaction dépressive liée à des douleurs rhumatismales. S'agissant de la capacité de travail de l'assurée, elle renvoie aux avis des autres médecins que celle-ci a consultés.
32. Le médecin du SMR a considéré le 2 avril 2014 qu'à l'évidence, la situation médicale était toujours la même, identique à celle qui figurait lors de son précédent avis du 17 avril 2012 et à celle qui avait donné lieu à l'octroi de la demi-rente (invalidité 43%) dès le 29 mars 2004, « à l'exception que la capacité de travail est nulle dans l'activité habituelle et de 50% dans l'activité adaptée ».
33. Une enquête économique sur le ménage, menée le 22 septembre 2014, a conclu à un empêchement avec exigibilité de 18%, étant précisé qu'une exigibilité de 19,50% a été retenue pour le mari, travaillant comme plombier indépendant à plein temps et, dans une moindre mesure, de son fils de 13 ans.

L'OAI a procédé à la détermination du degré d'invalidité sur la base d'un revenu brut avec invalidité de CHF 24'351.-, compte tenu d'une capacité de travail de 50%,

et d'un revenu annuel brut sans invalidité réactualisé à CHF 40'219.-, ce qui donne un degré d'invalidité de 35% selon le tableau suivant :

Activités	Part	Perte économique/ empêchement	Degré d'invalidité
aide hospitalière	85%	39%	33%
Travaux habituels	15%	14%	2%
Degré d'invalidité total			35%

Constatant qu'une erreur manifeste de sa part avait été commise, l'OAI a procédé à une reconsidération et a informé l'assurée, le 10 décembre 2015, qu'il envisageait de supprimer sa rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

34. Par courrier du 20 janvier 2016, le Dr I_____ a indiqué : « je suis le rhumatologue traitant de cette patiente depuis plus de quinze ans. J'ai pris connaissance de votre décision d'établir son taux d'invalidité à 37% et une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée simple et légère, sa capacité dans son travail habituel d'aide-soignante étant nulle. Ce taux avait d'abord été fixé à 41%, donnant droit à un quart de rente, mais vous vous êtes apparemment trompés dans vos calculs (?) et l'avez ramené à 35% ou 37%, selon des calculs que vous êtes les seuls à comprendre ! Ceci efface donc, comme par hasard ; le droit à une rente Votre décision est basée sur le rapport du CEMed rendu le 20 avril 2010 (suite aux entretiens des 19 novembre et 2 décembre 2009) ; que je sache, la patiente n'a pas été revue par vos services depuis, et pourtant vous considérez que son état de santé est identique, alors que cinq ans se sont écoulés depuis ce rapport ».

Le Dr I_____ affirme que l'assurée est incapable de travailler dans quelque activité que ce soit ; elle n'arrive même pas à s'en sortir chez elle avec ses travaux ménagers quotidiens. Il sollicite dès lors la reconsidération de la décision et l'octroi d'une rente d'invalidité complète.

35. Le 21 janvier 2016, l'assurée a fait part à l'OAI de son incompréhension, répétant que son état de santé n'avait cessé de se détériorer.
36. Le 12 janvier 2016, la doctoresse M_____, médecin praticien ayant remplacé le Dr B_____ parti à la retraite, a demandé à l'OAI s'il était possible de proposer à la patiente un programme de réinsertion professionnelle.
37. Le 18 janvier 2016, la Dresse L_____ a tenu à soutenir la demande de sa patiente pour le maintien de sa rente, précisant que le trouble dépressif récurrent dont elle souffrait évoluait vers une dépression persistante et rappelant qu'il s'agissait d'une personne souffrant par ailleurs de troubles mixtes de la personnalité.

38. Dans une note du 22 mars 2016, le médecin du SMR a relevé que le Dr E_____ évoquait en septembre 2006 le diagnostic de trouble dépressif récurrent alors moyen, présent depuis 2003, diagnostic justifiant selon ce spécialiste une incapacité de travail de 50%. La symptomatologie décrite alors était superposable à celle de la Dresse L_____. Le médecin du SMR en conclut que la situation médicale n'a pas évolué depuis le dernier avis SMR, ce au vu des diagnostics fournis par la Dresse L_____.
39. Par décision du 1^{er} avril 2016, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité.
40. L'assurée, représentée par Me Thierry STICHER, a interjeté recours le 2 mai 2016 contre ladite décision. Elle conclut, préalablement, à l'audition des Drs J_____, I_____, L_____ et M_____, principalement, à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 2010 et subsidiairement, au renvoi du dossier à l'OAI pour complément d'instruction sous forme d'une expertise pluridisciplinaire.

Elle souligne que son contrat de travail a été résilié en raison de son inaptitude à exercer les tâches qui lui étaient demandées. Elle produit à cet égard une déclaration rédigée le 27 avril 2016 par Madame N_____, infirmière sage-femme, ayant été témoin de son travail depuis son embauche en 1999 jusqu'à son licenciement en 2008.

Elle rappelle que le 3 novembre 2009, elle a subi une lésion du ligament collatéral externe de la cheville avec une déchirure complète de son faisceau antérieur et partielle de son faisceau moyen. Une intervention, soit une plastie de construction du ligament collatéral externe, a été réalisée le 21 avril 2010. Elle ne comprend pas que malgré son accident, l'OAI ait rendu une décision maintenant son droit à un quart de rente d'invalidité.

L'assurée reproche à l'OAI de n'avoir mené aucune instruction médicale entre 2011 et 2016 et d'avoir supprimé sa rente en se fondant essentiellement sur son erreur de calcul pour motiver sa décision.

Elle produit :

- le rapport de la Dresse M_____ du 18 avril 2016, selon lequel elle présente « un syndrome anxio-dépressif avec trouble de la concentration et de la mémoire, anxiété, ralentissement idéo-moteur, trouble du sommeil et une fibromyalgie réalisant un syndrome douloureux chronique pluriforme. Ces pathologies sont invalidantes et rendent difficile le quotidien de la patiente (soins de sa personne et activités ménagères). Je suis réservée quant à la possibilité d'une quelconque activité professionnelle concernant cette patiente »,

- celui de la Dresse L_____ du même jour, selon lequel « avant d'être suivie par moi-même, l'assurée était déjà suivie médicalement pour des états dépressifs graves récidivants. Bien que la patiente ait toujours suivi scrupuleusement le traitement médicamenteux et qu'elle se soit rendue régulièrement aux rendez-vous

fixés (ne pouvant parler d'une bonne compliance), l'évolution n'a pas été favorable et le diagnostic de trouble dépressif récurrent F 33 a pu être posé chez une personne souffrant d'un trouble mixte de la personnalité F 61. Face à une évolution sur plusieurs années, nous constatons une modification durable de la personnalité et nous pouvons penser au diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique F 62.1 ».

L'assurée se plaint enfin d'une violation des art. 14 et 8 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950 (CEDH - RS 0.101), dès lors que le calcul de son degré d'invalidité est effectué selon la méthode mixte, précisément considérée comme contraire à ces dispositions légales selon un arrêt rendu par la Cour européenne des droits de l'Homme du 2 février 2016.

41. Dans sa réponse du 17 juin 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours. Il se fonde sur la note du médecin du SMR du 17 mai 2016. Celui-ci a rappelé que dans son avis du 17 avril 2012, il avait reconnu une incapacité de travail limitée dans le temps de 100% du 3 novembre 2009 au 30 avril 2011 avec une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} mai 2011 dans l'activité habituelle. Une activité adaptée (sédentaire et essentiellement assise) aurait été possible dès le 16 janvier 2010 à 50% en tenant compte d'une capacité de travail nulle dans toute activité d'une durée de six semaines après l'opération subie le 21 avril 2010, soit une plastie de reconstruction du ligament collatéral externe pour entorses à répétition. Pour le reste des atteintes, notamment psychiatriques, la situation apparaissait stationnaire par rapport à celle qui avait donné lieu à l'octroi du quart de rente avec une capacité de travail de 50% dans toute activité. En effet, le Dr I_____ confirmait dans son rapport du 18 septembre 2013 la poursuite d'une capacité de travail de 50% dans l'activité habituelle. Le Dr L_____ n'a mentionné aucun diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail.

L'OAI a par ailleurs indiqué que le taux d'invalidité avait été recalculé à la suite de la nouvelle enquête ménagère du 22 septembre 2014, et a abouti à une invalidité de 35% révélant une erreur commise lors du calcul initial en 2008, ce qui avait conduit à la décision de suppression de rente du 1^{er} avril 2016 (reconsidération).

42. Le 4 juillet 2016, l'assurée a persisté dans ses conclusions.

Le 26 septembre 2016, elle a relevé que l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 2 février 2016 qu'elle avait mentionné dans son recours était désormais devenu définitif.

Le 24 octobre 2016, son mandataire a informé la chambre de céans qu'elle était actuellement hospitalisée à la clinique de Montana à la suite d'un tentamen.

43. Ce courrier a été transmis à l'OAI et la cause gardée à juger.

EN DROIT

-
1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - 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.

2. À teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA 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 343 consid. 3).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2012, entraînent 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 1^{er} avril 2016 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives à la révision 6a de ladite loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message du Conseil fédéral concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité, du 22 juin 2005, FF 2005 4322).

4. Le recours, déposé dans le délai, compte tenu de la suspension des délais de recours du 7^e jour avant Pâques au 7^e jour après Pâques inclusivement (art. 38 al. 4 let. a LPGA et 89C let. a de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 [LPA – RS/GE E 5 10]), est recevable.
5. Le litige consiste à déterminer, d'une part, s'il y a eu aggravation de l'état de santé de l'assurée modifiant son degré d'invalidité depuis la décision du 22 juillet 2010 maintenant son droit à un quart de rente, et d'autre part, si l'OAI était fondé à procéder à la reconsidération de sa décision en supprimant le quart de rente.

6. L'art. 17 al. 1 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).
7. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral I.559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral I.406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Une communication de prolongation de la rente (art. 74ter let. f du Règlement sur l'assurance-invalidité, du 17 janvier 1961 [RAI – RS 831.201]) peut être assimilée à la dernière décision entrée en force, à condition qu'elle repose sur un examen matériel du droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1). Une communication rendue par l'administration, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication

reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain de l'assuré a été considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4).

8. 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). Selon l'art. 7 LPGA, 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 (al. 1). 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 (al. 2 en vigueur dès le 1^{er} janvier 2008).

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-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.

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 (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI).

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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8 ; arrêt du Tribunal fédéral I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral I.786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À

cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral I. 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

10. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1), au syndrome de fatigue chronique ou de neurasthénie (ATF 139 V 346; arrêt du Tribunal fédéral 9C_662/2009 du 17 août 2010 consid. 2.3 in SVR 2011 IV n° 26 p. 73), à l'anesthésie dissociative et aux atteintes sensorielles (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 9/07 du 9 février 2007 consid. 4 in SVR 2007 IV n° 45 p. 149), à l'hypersomnie (ATF 137 V 64 consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_903/2007 du 30 avril 2008 consid. 3.4) et de traumatisme du type « coup du lapin » (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3; arrêt du Tribunal fédéral 8C_10/2015 du 5 septembre 2015 destiné à la publication consid. 5.2). En revanche, ils ne sont pas applicables par analogie à la fatigue liée au cancer (cancer-related Fatigue) (ATF 139 V 346 consid. 3; arrêt du Tribunal fédéral 9C_73/2013 du 2 septembre 2013 consid. 5).

11. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). En présence de tels syndromes, la mission d'expertise consistait surtout à porter une appréciation sur la vraisemblance de l'état douloureux et, le cas échéant, à déterminer si la personne expertisée disposait des ressources psychiques lui permettant de surmonter cet état. Eu égard à la mission confiée, les experts failliraient à celle-ci s'ils ne tenaient pas compte des différents critères mis en

évidence par le Tribunal fédéral dans le cadre de leur appréciation médicale (ATF 132 V 65 consid. 4.2 et 4.3).

12. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.
13. Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci (art. 17 LPGA), il faut examiner sous l'angle des art. 4 et 5 LAI quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27 ss RAI). Le choix de l'une des trois méthodes entrant en considération (méthode générale de comparaison des revenus, méthode mixte, méthode spécifique) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente : assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel, assuré non actif. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré, s'il était demeuré valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit toutefois recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b). Cette évaluation tiendra également compte de la volonté hypothétique de l'intimée, qui comme fait interne ne peut être l'objet d'une administration directe de la preuve et doit être déduite d'indices extérieurs (arrêt du Tribunal fédéral 9C_55/2015 du 11 mai 2015 consid. 2.3 et l'arrêt cité) établis au degré de la vraisemblance prépondérante tel que requis en droit des assurances sociales (ATF 126 V 353 consid. 5b).

Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 141 V 15 consid. 3.1; ATF 137 V 334 consid. 3.2; ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

14. Lorsqu'il convient d'évaluer l'invalidité d'un assuré d'après la méthode mixte, l'invalidité des assurés qui n'exercent que partiellement une activité lucrative est, pour cette part, évaluée selon la méthode ordinaire de comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). S'ils se consacrent en outre à leurs travaux habituels, l'invalidité est fixée selon la méthode spécifique pour cette activité. Dans ce cas, il faut déterminer la part respective de l'activité lucrative et celle de l'accomplissement des autres travaux habituels et calculer le degré d'invalidité d'après le handicap dont l'assuré est affecté dans les deux activités en question (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 27^{bis} RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28a al. 2 LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA).

Ainsi, il convient d'évaluer d'une part l'invalidité dans les travaux habituels par comparaison des activités (art. 27 RAI) et d'autre part l'invalidité dans une activité lucrative par comparaison des revenus (art. 28a al. 3 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA); on pourra alors apprécier l'invalidité globale d'après le temps consacré à ces deux champs d'activité. La part de l'activité professionnelle dans l'ensemble des travaux de l'assuré est fixée en comparant l'horaire de travail usuel dans la profession en question et l'horaire accompli par l'assuré valide; on calcule donc le rapport en pour-cent entre ces deux valeurs (ATF 104 V 136 consid. 2a; RCC 1992 p. 136 consid. 1b). La part des travaux habituels constitue le reste du pourcentage (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 104 V 136 consid. 2a). Activité lucrative et travaux habituels non rémunérés sont en principe complémentaires dans le cadre de la méthode mixte. En d'autres termes, ces deux domaines d'activités forment ensemble, en règle générale, un taux de 100% et la proportion de la partie ménagère ne doit pas être fixée en fonction de l'ampleur des tâches entrant dans le champ des travaux habituels. Aussi, ne sont pas déterminants le temps que l'assuré prend pour effectuer ses tâches ménagères, par exemple, s'il préfère les exécuter dans un laps de temps plus important ou plus court, ou la grandeur de l'appartement (ATF 141 V 15 consid. 4.5). Le fait qu'une personne assurée réduise son taux d'occupation exigible dans l'exercice d'une activité lucrative sans consacrer le temps devenu libre à l'accomplissement de travaux habituels au sens de l'art. 28a al. 2 LAI n'a aucun effet sur la méthode d'évaluation de l'invalidité (ATF 131 V 51 consid. 5.1 et 5.2).

15. Chez les assurés travaillant dans le ménage, le degré d'invalidité se détermine, en règle générale, au moyen d'une enquête économique sur place, alors que l'incapacité

de travail correspond à la diminution - attestée médicalement - du rendement fonctionnel dans l'accomplissement des travaux habituels (ATF 130 V 97).

Pour évaluer l'invalidité des assurés travaillant dans le ménage, l'administration procède à une enquête sur les activités ménagères et fixe l'empêchement dans chacune des activités habituelles conformément aux chiffres 3095 de la circulaire concernant l'invalidité et l'impotence de l'assurance-invalidité. Aux conditions posées par la jurisprudence (ATF 128 V 93) une telle enquête a valeur probante.

S'agissant de la prise en compte de l'empêchement dans le ménage dû à l'invalidité, singulièrement de l'aide des membres de la famille (obligation de diminuer le dommage), il est de jurisprudence constante que si l'assuré n'accomplit plus que difficilement ou avec un investissement temporel beaucoup plus important certains travaux ménagers en raison de son handicap, il doit en premier lieu organiser son travail et demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références; arrêt du Tribunal fédéral 9C_784/2013 du 5 mars 2014 consid. 3.2).

16. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux.

Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

c. En ce qui concerne les facteurs psychosociaux ou socioculturels et leur rôle en matière d'invalidité, ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'art. 4 al. 1 LAI. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. Plus les facteurs psychosociaux et socioculturels apparaissent au premier plan et imprègnent l'anamnèse, plus il est essentiel que le diagnostic médical précise s'il y a atteinte à la santé psychique qui équivaut à une maladie. Ainsi, il ne suffit pas que le tableau clinique soit constitué d'atteintes qui relèvent de facteurs socioculturels; il faut au contraire que le tableau clinique comporte d'autres éléments pertinents au plan psychiatrique tels, par exemple, une dépression durable au sens médical ou un état psychique assimilable, et non une simple humeur dépressive. Une telle atteinte psychique, qui doit être distinguée des facteurs socioculturels, et qui doit de manière autonome influencer la capacité de travail, est nécessaire en définitive pour que l'on puisse parler d'invalidité. En revanche, là où l'expert ne relève pour

l'essentiel que des éléments qui trouvent leur explication et leur source dans le champ socioculturel ou psychosocial, il n'y a pas d'atteinte à la santé à caractère invalidant (ATF 127 V 294 consid. 5a in fine).

17. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). 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 319 consid. 5a).
18. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).
19. Il y a enfin lieu de rappeler qu'en vertu de l'art. 53 LPGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquemment des faits nouveaux importants ou trouve des nouveaux moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1^{er}). L'assureur peut revenir sur les décisions ou les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2).

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du

dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I.751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

20. a. En l'espèce, il y a préalablement lieu de relever que la suppression du quart de rente prononcée par l'OAI le 1^{er} avril 2016 est due au fait que l'OAI, après avoir recalculé le degré d'invalidité de l'assurée, a constaté qu'il avait commis une erreur lors de sa décision du 24 janvier 2008. En effet, lors du premier calcul, il avait comparé un revenu sans invalidité de CHF 40'218.60 et un revenu avec invalidité de CHF 23'727.80 (vu une incapacité de travail de 50%) et obtenu ainsi un degré d'invalidité de 41% pour la part professionnelle. Il avait ensuite tenu compte d'un empêchement à accomplir les tâches ménagères de 13,50%, ce qui, au vu des parts respectives de chaque domaine, soit 84,75% pour l'activité lucrative et 15,25% pour le ménage, donnait un degré d'invalidité global de 43%, taux qui avait ouvert le droit à un quart de rente. Dans le deuxième calcul, il a modifié le pourcentage des parts attribuées à chaque domaine, et passé de 84,75% à 85% et de 15,25% à 15%. Il a également modifié le montant du revenu avec invalidité, et calculé le degré d'invalidité pour la part professionnelle, ce qui lui donne finalement un degré d'invalidité global de 35%, taux insuffisant pour justifier le droit à un quart de rente. À noter que dans ce second calcul, il s'est à nouveau trompé, en reportant le taux d'empêchement à accomplir les tâches ménagères. Il a en effet retenu 14% au lieu de 18%. La correction y relative ne changerait toutefois rien au résultat, qui passerait de 35% à 36%.

Force est de constater quoi qu'il en soit que la question de savoir si l'OAI était dans ces conditions en droit de procéder à la reconsidération de sa décision, au sens de l'art. 53 LPGA peut être laissée ouverte. Il convient en effet de rappeler que l'assurée a déposé le 25 octobre 2010 une nouvelle demande de prestations AI.

Or, s'il est vrai que l'OAI mentionne essentiellement son erreur de calcul dans sa décision du 1^{er} avril 2016, il a également considéré, sur la base de l'avis du SMR du 22 mars 2016, que l'aggravation de son état de santé alléguée par l'assurée ne s'était pas produite, de sorte que l'incapacité de travail prise en compte dans le calcul du degré d'invalidité ne devait pas être augmentée.

b. Il s'agit ainsi de comparer la situation existant au moment du maintien du quart de rente, par décision du 22 juillet 2010, laquelle peut être assimilée à la dernière décision entrée en force, puisqu'elle repose sur un examen matériel du droit, avec l'état de fait existant lors de la décision du 1^{er} avril 2016 refusant la demande de révision.

c. L'OAI a, par décision du 22 juillet 2010, maintenu le droit de l'assurée à un quart de rente sur la base de l'expertise CEMed du 16 avril 2010.

Les experts avaient retenu les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de céphalées mixtes vasomotrices tensionnelles et psychogènes (présentes depuis l'enfance avec aggravation depuis 2002) et de trouble dépressif récurrent existant depuis l'âge de 15 ans, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, et les diagnostics, sans répercussion sur la capacité de travail, de foramen ovale avec anévrisme septal et de trouble douloureux somatoforme.

Ils avaient conclu à une incapacité de travail de 50%, étant précisé que « nous n'avons pas acquis la conviction d'une aggravation significative des atteintes depuis l'appréciation portée par le Dr F_____ reconnaissant à la patiente une incapacité de travail de 50% ». Aussi le médecin du SMR avait-il considéré que l'état de santé était stationnaire sans aggravation manifeste.

d. Lorsque la décision du 1^{er} avril 2016 a été rendue, l'assurée avait dû être opérée le 21 avril 2010 pour des entorses à répétition de la cheville. Elle souffrait également d'un syndrome douloureux de l'autre cheville. Le Dr J_____ a toutefois indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré depuis le printemps. La capacité de travail était de 50% dans l'activité d'aide-soignante.

Le médecin du SMR, dans sa note du 17 mai 2016, a rappelé que le 17 avril 2012, il avait reconnu une incapacité de travail limitée dans le temps de 100% du 3 novembre 2009 au 30 avril 2011 avec une capacité de travail de 50% dès le 1^{er} mai 2011 dans l'activité habituelle. Une activité adaptée (sédentaire et essentiellement assise) aurait été possible dès le 16 janvier 2010 à 50% en tenant compte d'une capacité de travail nulle dans toute activité d'une durée de six semaines après l'opération subie le 21 avril 2010, soit une plastie de reconstruction du ligament collatéral externe pour entorses à répétition.

Il apparaît dès lors que la problématique des chevilles n'implique pas, en dehors d'une période limitée et bien déterminée, une incapacité de travail supérieure à 50%.

Les Drs B_____ et I_____, respectivement les 9 septembre 2013 et 18 septembre 2013, font quant à eux état d'une aggravation, mais n'évaluent pas l'incapacité de travail à plus de 50%.

Sur le plan psychiatrique, la Dresse M_____ mentionne, dans son rapport du 18 avril 2016, « un syndrome anxio-dépressif avec trouble de la concentration et de la mémoire, anxiété, ralentissement idéo-moteur, trouble du sommeil et une

fibromyalgie réalisant un syndrome douloureux chronique pluriforme », toutes pathologies qu'elle qualifie d'invalidantes.

La Dresse L_____ retient le 18 janvier 2016 les diagnostics de trouble dépressif récurrent et de trouble mixte de la personnalité, et souligne que « face à une évolution sur plusieurs années, nous constatons une modification durable de la personnalité et nous pouvons penser au diagnostic de modification durable de la personnalité après une maladie psychiatrique F 62.1 ».

e. Force est de constater que les médecins traitants, s'ils ne relèvent pas une diminution de la capacité de travail supplémentaire sur le plan rhumatologique, font état d'une aggravation de l'état de santé psychiatrique de l'assurée, et signalent de nouvelles atteintes, tels que trouble dépressif récurrent, trouble de la concentration et de la mémoire, anxiété, ralentissement idéo-moteur et trouble du sommeil.

Or, l'OAI persiste à renvoyer à une expertise qui a été réalisée en 2010. Enfin, le diagnostic de fibromyalgie posé par plusieurs médecins, n'a pas été examiné sous l'angle des nouveaux critères jurisprudentiels retenus par le Tribunal fédéral (ATF 141 V 281).

21. Au vu de ce qui précède, l'instruction de l'OAI s'avère incomplète et la chambre de céans n'est pas en mesure, en l'état du dossier, de déterminer si l'assurée a subi ou non une aggravation de son état de santé, et le cas échéant, si cette aggravation a eu des répercussions sur la capacité de travail. Partant, la cause est renvoyée à l'OAI pour mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire, comprenant les volets rhumatologique, psychiatrique et neurologique. Un renvoi se justifie d'autant plus qu'une telle expertise n'a pas été réalisée dans le cadre de la procédure de révision. Il incombera notamment aux experts de se prononcer sur tous les diagnostics et limitations fonctionnelles, l'influence des différentes atteintes sur la capacité de travail dans l'activité habituelle ou dans une activité adaptée, et l'évolution de cette dernière depuis le 22 juillet 2010, date de la décision du maintien d'un quart de rente.
22. Reste à constater que dans l'arrêt DI TRIZIO évoqué par l'assurée, la Cour européenne des droits de l'Homme a traité le cas d'une recourante qui s'était vu supprimer son droit à la demi-rente, le calcul de son degré d'invalidité ayant été recalculé à la suite de la naissance de ses jumeaux selon la méthode mixte. La Cour européenne des droits de l'Homme a considéré que dans ce cas, l'application de la méthode mixte constituait une violation du droit au respect de la vie familiale (art. 14 combiné avec l'art. 8 CEDH), puisque c'était la naissance des enfants qui avait conduit à la perte du droit à la rente.

Dans une lettre circulaire AI n° 355, datée du 31 octobre 2016 rédigée ensuite de l'arrêt DI TRIZIO, l'office fédéral des assurances sociales – OFAS a rappelé que dans un rapport du 1^{er} juillet 2015, le Conseil Fédéral avait relevé que l'utilisation d'un mode de calcul adapté permettrait d'améliorer la situation des personnes travaillant à temps partiel et qu'il envisageait dès lors d'introduire un tel mode de

calcul pour la méthode mixte. L'OFAS a ainsi considéré qu'en attendant l'entrée en vigueur de cette réglementation générale et abstraite, il était nécessaire cependant, pour garantir une unité et une égalité de traitement entre les assurés, que le droit actuel continue, dans la mesure du possible, de s'appliquer. À l'inverse, dans les cas présentant une situation similaire à l'arrêt du cas DI TRIZIO, l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme avait pour conséquence que le statut reconnu à l'assurée devait être préservé et que la méthode mixte ne devait plus être appliquée au nom du respect de la vie familiale.

En l'espèce toutefois, la rente d'invalidité jusque-là versée à l'assurée n'a pas été supprimée en raison d'une modification du statut de l'assurée, mais en raison d'une erreur de calcul commise par l'OAI lors de l'octroi de la rente.

Aussi, au vu de la lettre circulaire de l'OFAS, dont il n'y a pas lieu de s'écarter, la chambre de céans considère-t-elle que l'arrêt de la Cour européenne des droits de l'Homme DI TRIZIO ne saurait avoir aucune influence sur l'issue du présent recours. En particulier, le statut de l'assurée restera celui d'une ménagère mixte.

23. En conséquence, le recours est partiellement admis, la décision litigieuse annulée et le dossier renvoyé à l'OAI afin qu'il procède conformément aux considérants.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 1^{er} avril 2016.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire dans le sens des considérants.
4. Condamne l'OAI à verser à l'assurée une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le