

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2212/2008

ATAS/633/2010

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 2

du 1^{er} juin 2010

En la cause

Madame F _____, domiciliée au GRAND-LANCY,
comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître
NANCHEN Henri

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Diane BROTO et Eugen MAGYARI, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame F_____ (ci-après: l'assurée ou la recourante), née en Italie en 1951, sans formation professionnelle, est mariée et mère de deux enfants, aujourd'hui majeurs. En avril 1987, elle a conclu un contrat de travail portant sur une activité de conciergerie, à temps partiel.
2. Le 18 juin 1987, elle a déposé une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après: OAI), visant l'octroi d'une rente d'invalidité, en raison d'un problème à l'estomac. Elle a indiqué, à cette occasion, être ménagère.
3. Dans un questionnaire de l'assurance-invalidité du 27 août 1987, le Dr L_____, spécialiste FMH en endocrinologie et médecine interne, diagnostique des vomissements incoercibles sur important retard d'évacuation gastrique et atonie, un status post-ulcère aigu duodénal, un status post-vagotomie suprasélective et une pyloroplastie. Il précise que l'assurée a subi deux opérations, sous la forme d'une vagotomie et d'une pyloroplastie, qui n'ont apporté aucune amélioration. Il explique qu'en raison de ses vomissements quotidiens, qui persistent malgré le long traitement médicamenteux et chirurgical, l'assurée est extrêmement fatiguée, ce qui l'empêche de poursuivre une activité régulière notamment l'après-midi. Une incapacité de travail de 50 % a ainsi été retenue. L'atteinte date de 1982.
4. Par rapport médical du 3 octobre 1989, le Dr L_____ a confirmé les diagnostics posés précédemment. Il a indiqué que les vomissements persistent, que la recourante présentait des vertiges, des nausées et une micro-hématurie en dehors des menstruations. Il a jugé son état stationnaire et attesté d'une incapacité de travail de 50 % dès le 28 août 1987, pour une durée indéterminée.
5. Le 12 décembre 1989, l'assurée a eu un entretien avec l'office. Le procès-verbal d'audition, dressé à cette occasion, relève que l'assurée a arrêté de travailler en août 1976, suite à une opération de l'appendicite durant sa grossesse et qu'elle n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors, pour des raisons de santé. Il fait également état des difficultés financières que l'assurée et son époux ont connues dès mars 1987 et du fait que le médecin traitant de cette dernière lui aurait conseillé de faire une demande AI pour compléter les revenus du couple et compenser en partie son incapacité de travail. A ce moment là, elle ne pouvait, en effet, reprendre une activité qu'à 50 %, dans l'hôtellerie ou dans un magasin. L'assurée a, par ailleurs, expliqué qu'en 1987, la concierge de leur immeuble, partant et connaissant leur situation difficile, lui avait proposé de reprendre la conciergerie, en lui conseillant de la mettre à son nom pour que les cotisations soient pour elle. L'assurée et son époux avaient accepté mais c'est uniquement ce dernier qui a assumé ce travail en plus de son activité salariée.

6. L'OAI a retenu un statut mixte et procédé, le 18 décembre 1989, à une enquête économique sur le ménage. Celle-ci a laissé apparaître que, depuis sa deuxième opération, subie en juin 1985, l'assurée présente un empêchement de 49 % dans l'accomplissement des tâches ménagères. L'enquêteur a indiqué que son évaluation paraissait un peu trop généreuse en regard de l'atteinte à la santé décrite. Dans la rubrique relative à l'évaluation de l'invalidité selon la méthode mixte, l'enquêteur a procédé au calcul de l'invalidité de l'assurée. Il s'est fondé sur un degré d'incapacité de travail de 100 % qu'il a additionné au degré d'incapacité dans le ménage, ce qui l'a amené à retenir un degré d'invalidité de 72 % .
7. Se fondant sur cette évaluation, l'OAI a alloué, par deux décisions du 1^{er} novembre 1991, une rente d'invalidité fondée sur une invalidité de 45 % pour la période du 1^{er} juin 1986 au 31 mai 1987 et une rente d'invalidité fondée sur une invalidité de 70 % à partir du 1^{er} juin 1987. Cette dernière rente a été octroyée pour une durée illimitée, une révision étant toutefois prévue pour le 31 janvier 1992.
8. Le 12 décembre 1991, l'OCAI a adressé un questionnaire pour la révision de la rente à l'assurée, qui a indiqué que son état de santé était stationnaire et qu'elle était toujours salariée à temps partiel.
9. Par rapport médical intermédiaire du 7 janvier 1992, le Dr L_____ a diagnostiqué un status post-vagotomie, une pyloroplastie pour ulcère duodénal, des vomissements incoercibles sur retard d'évacuation gastrique, une atonie gastrique à hélicobacter et un dumping syndrome. Il atteste d'une incapacité de travail de 70 %, à partir du 1^{er} juin 1987, pour une durée indéterminée, en indiquant sous profession "ménagère". Il précise que la situation est inchangée par rapport à 1989.
10. Par communication du 17 janvier 1992, l'OCAI a informé la recourante que son droit à une rente d'invalidité était maintenu.
11. L'OAI a procédé à une nouvelle révision de ce droit, en mai 2005. Dans le questionnaire pour la révision de la rente du 27 mai 2005, l'assurée a indiqué que son état de santé était stationnaire. Elle a, par ailleurs, précisé n'exercer aucune activité lucrative.
12. Dans son rapport médical intermédiaire du 12 juillet 2005, le Dr L_____ indique que l'état de santé de l'assurée est stationnaire. Il fait cependant état d'un changement de diagnostic, retenant la présence d'une gastrite chronique à hélicobacter résistant aux antibiotiques classiques. Il confirme cependant la présence des épigastries invalidantes avec vomissements, diagnostiqués par le passé. Selon lui, une reprise de l'activité professionnelle ne peut être envisagée, en raison des vomissements quotidiens, des douleurs gastriques permanentes et de l'asthénie.

13. Suivant l'avis du Service médical régional (ci-après: SMR), l'OAI a sollicité l'avis du Dr M_____, spécialiste FMH en gastroentérologie. Par rapport du 22 juillet 2005, ce dernier diagnostique une gastrite discrète à hélicobacter pylori, un état après Nissen, une vagotomie, un endobrachy-œsophage sans dysplasie. Dans une note du 5 septembre 2005, il précise qu'une gastrite ne devrait pas avoir de conséquence sur une activité professionnelle mais qu'il était préférable de s'adresser au médecin traitant, pour le surplus.
14. Dans un avis médical du 18 octobre 2005, le Dr N_____, médecin-conseil au SMR (ci-après: le médecin-conseil) indique qu'objectivement l'état de santé paraît nettement moins catastrophique que lors de l'octroi de la rente et que, pour l'instant, il y a des contradictions manifestes, d'une part, entre le médecin traitant et sa patiente et, d'autre part, le gastro-entérologue. Par courrier du même jour, le SMR a demandé au Dr L_____ si une reprise de l'activité lucrative pouvait être envisagée.
15. En réponse à ce courrier, le Dr L_____ a indiqué que l'assurée continuait à vomir quotidiennement et qu'elle présentait des gonflements post-prandiaux après le repas du soir pour lequel un nouvel avis a été sollicité auprès du Dr M_____. Pour ce qui concerne la capacité de travail, il a indiqué que la rente d'invalidité que percevait alors l'assurée lui paraissait tout à fait adéquate, vu son état général.
16. Dans son rapport médical du 8 janvier 2006, le Dr M_____ diagnostique une gastrite chronique hp résistante aux traitements éradicateurs, un état après Nissen, une pyloroplastie, une vagotomie et un endobrachy-œsophage. Il fait état de complications à distance des antécédents chirurgicaux évoquant un dumping syndrome précoce.
17. A la demande du Dr M_____, l'assurée a été examinée par le Dr O_____, médecin-adjoint au service de chirurgie viscérale des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après HUG). Dans son rapport médical du 31 mai 2006, ce dernier expose en premier lieu les antécédents de l'assurée notamment les interventions chirurgicales qu'elle a subies en raison de son ulcère duodénal et sa sténose du pylore. Il observe ensuite que dans les vingt ans qui ont suivi, l'assurée s'est très bien portée sur le plan digestif avec une prise de poids de 20 kg et une diminution de la fréquence des ballonnements et régurgitations. Il constate toutefois que tout a changé depuis deux ans, sans qu'on retrouve aucun facteur déclenchant net et fait état des symptômes suivants : des régurgitations, principalement post-prandiales, mais également nocturnes, avec sensation d'irritation pharyngée et même orale le matin, ayant un caractère tantôt biliaire, tantôt alimentaire mais jamais acide ; des ballonnements post-prandiaux systématiques suivis de borborygmes, avec souvent émission de gaz nauséabonds ; des douleurs abdominales plutôt sus-ombilicales, transverses, continues, pouvant apparaître en

dehors de la phase post-prandiale et de manière dissociée par rapport au syndrome de ballonnement, sans facteur déclenchant ou calmant net ainsi que des malaises de type dumping, associant une sensation de vertige avec sudations profuses et une sensation de tachycardie avec nausée. Il précise que ces derniers épisodes sont assez rares mais qu'ils peuvent apparaître n'importe quand dans la journée, y compris dans des phases qui n'ont rien de post-prandiales. Concernant la récurrence du syndrome du reflux, il explique que les examens complémentaires ont permis de démontrer que le montage anti-reflux était encore en place. Il explique toutefois que ces montages anti-reflux peuvent perdre de leur efficacité au long cours et que c'est bien cette notion que le transit baryté, d'ailleurs d'excellente qualité, dont l'assurée a bénéficié, semble confirmer.

18. Par avis médical du 22 novembre 2006, le médecin-conseil constate que, selon le Dr O _____, entre 1980 et 2004, l'assurée se portait très bien sur le plan digestif, ce dont elle n'a pas informé l'OAI.
19. Par rapport médical du 15 février 2007, les Dr P _____ et Q _____, médecin-chef et médecin interne du service de chirurgie viscérale des HUG, diagnostiquent un iléus grêle. Ils jugent l'évolution de l'état de santé favorable, sous un traitement conservateur avec une sonde naso-gastrique. Ils observent cependant que le transit reprend de façon laborieuse, notamment devant une coprostase importante et constatent que des malaises apparaissent environ 90 minutes après les repas. Ils concluent, dans le contexte des nombreuses interventions gastriques, à un probable dumping syndrome tardif. Des mesures diététiques sont alors proposées, à savoir un fractionnement des repas. Devant un état général tout à fait satisfaisant et une reprise de transit, l'assurée quitte le service pour un retour à domicile le 9 février 2007.
20. Dans son rapport médical intermédiaire du 5 juin 2007, le Dr M _____ a indiqué que l'état de santé de la patiente était inchangé depuis le 23 juin 2005, date de la dernière consultation. Ne connaissant pas l'état de santé de départ, il ne se prononce ni sur la capacité de travail de l'assurée, ni sur les éventuels changements de diagnostics.
21. Dans un avis du 5 septembre 2007, le médecin-conseil indique que si l'assurée peut fractionner ses repas, on peut penser que l'importance du dumping syndrome sera diminué. Selon lui, ce trouble ne peut justifier une incapacité de travail totale ni un taux de 45 % de handicap pour le ménage. Il précise, en effet, que la situation n'est plus aussi grave qu'en 1984 (fatigue extrême, maigreur), vu l'amélioration notable qui s'est produite dans l'intervalle. Il suggère qu'une nouvelle enquête ménagère soit diligentée et requiert des informations supplémentaires auprès du Dr M _____.

22. Sur questions du SMR, le Dr M_____ a indiqué, par courrier du 7 septembre 2007, que l'assurée avait suivi les mesures diététiques préconisées par les HUG lors de son hospitalisation de février 2007 mais qu'elles étaient restées sans effet. Il a indiqué que, lors des derniers contrôles, le poids de la recourante se situait entre 56 et 57 kg. S'agissant du dumping syndrome, il a expliqué qu'il se présentait entre 30 et 60 minutes après chaque repas et que, durant ce laps de temps, la tenue du ménage était limitée. A la question de savoir quelle capacité de travail présentait l'assurée en dehors de ses périodes de malaise, il a répondu que son activité habituelle ne pouvait plus être assurée de façon complète et qu'elle avait été reprise par son mari.
23. Dans un avis médical du 1^{er} octobre 2007, le médecin-conseil a indiqué, se fondant sur le courrier du Dr M_____, qu'en dehors de la période de dumping syndrome, qui se présentait entre la demi-heure et l'heure qui suivait les repas, il n'y avait pas d'handicap notable et que l'assurée pouvait aménager son temps afin de diminuer le dommage. Il a, en outre, relevé qu'il n'était plus signalé de vomissements fréquents comme c'était le cas auparavant, ce qui a permis à l'assurée d'atteindre un poids normal et de le maintenir. Il a encore souligné que, selon le Dr L_____, les malaises liés au dumping syndrome étaient assez rares. Sur cette base, il a estimé qu'en théorie, une activité était possible, même celle de concierge, au moins 4 heures par jour, et que dans le ménage, le handicap était peu important. Il considère que la situation de l'assurée n'est plus aussi dramatique qu'auparavant et qu'il serait utile de la réévaluer.
24. Suivant l'avis du SMR, l'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage. Par rapport du 18 janvier 2008, l'enquêteur évalue l'empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères à 17,5 %. Il explique que l'assurée ne peut assumer son activité professionnelle, en raison de ses problèmes de santé et que c'est son mari qui nettoie les deux allées une fois par semaine. L'enquêteur indique que le statut d'active à 50 % et de ménagère à 50 % doit néanmoins être maintenu, dans la mesure où l'assurée travaillerait si elle n'en était pas empêchée.
25. Le 26 mars 2008, l'OAI a adressé deux projets de décision à l'assurée, l'informant de son intention de refuser la mesure de reclassement et de supprimer le droit à la rente d'invalidité. Il explique que, dans la mesure où elle conserve une capacité de travail de 50 % dans son activité habituelle et qu'elle l'exerce à un taux horaire équivalent, elle ne présente aucune invalidité dans ce domaine. S'agissant de son invalidité dans le ménage, l'OAI relève, sur la base du rapport du 18 janvier 2008, que l'empêchement dans l'accomplissement des tâches ménagères a considérablement diminué, passant de 49 à 17,5 %. Recalculé sur la base de ces éléments, le degré d'invalidité de l'assurée a été fixé à 8,75 %, ce qui représente un taux insuffisant pour ouvrir ou maintenir le droit à des prestations de l'assurance-invalidité.

26. Par courrier du 24 avril 2008, l'assurée s'est opposé à ces projets, se prévalant d'une aggravation de son état de santé. Elle fonde son argumentation sur le courrier du Dr O_____ du 31 mai 2006, dont l'OAI aurait fait une interprétation erronée.
27. Malgré ces observations, l'OCAI a confirmé ses projets, par décisions du 15 mai 2008 et supprimé la rente d'invalidité de l'assurée, à compter du 1^{er} juillet 2008.
28. Par acte du 19 juin 2008, l'assurée a formé recours contre la décision supprimant son droit à une rente d'invalidité. Elle conclut, avec suite de dépens, à l'annulation de la décision du 15 mai 2008 et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle soutient que l'OAI ne pouvait retenir une amélioration de son état de santé sur la base du rapport médical du Dr O_____.
29. Dans sa réponse du 18 août 2008, l'OAI conclut au rejet du recours. Il indique que l'amélioration de l'état de santé ne ressort pas uniquement du rapport du Dr Olivier O_____ mais également de l'avis médical du SMR et du rapport médical des HUG. Il relève, par ailleurs, que selon la dernière enquête ménagère effectuée, les empêchements dans l'accomplissement des tâches ménagères sont moins importants qu'en 1989, année où la rente lui a été octroyée. Il ajoute finalement, se fondant sur un avis SMR du 10 septembre 2008, que la recourante est parvenue à normaliser et stabiliser son poids, ce qui signifie qu'elle s'alimente selon ses besoins malgré ses problèmes digestifs.
30. Ces documents ont été transmis à la recourante et un délai au 10 novembre 2008 lui a été imparti pour qu'elle soumette ses observations ou produise tout document utile.
31. Par écritures du 10 novembre 2008, la recourante a déclaré persister intégralement dans ses conclusions. Elle indique que les avis médicaux du SMR ne sont guère concluants et qu'ils se limitent à prendre en considération les éléments paraissant induire une amélioration, en particulier la prise de poids importante, sans examiner le dossier dans son ensemble. Selon elle, ils ne tiennent pas compte de sa situation médicale actuelle, en particulier, des rapports des Dr L_____, M_____ et O_____.
32. Par arrêt du 9 décembre 2008, le Tribunal de céans a rejeté le recours, par substitution de motifs, retenant que la décision d'octroi initiale était erronée à deux titres. D'une part, le statut n'était pas mixte mais ménager, l'assurée n'ayant jamais eu l'intention de se charger effectivement des travaux de conciergerie. D'autre part, le taux d'invalidité retenu était fondé sur des données médicales mal retranscrites, car les médecins admettaient un taux d'incapacité de travail de 50%, alors que l'OAI avait calculé l'invalidité sur une incapacité de 100%. Ainsi, la rente pouvait être supprimée par la voie de la reconsidération, le Tribunal relevant que l'état de santé s'était par ailleurs amélioré.

33. Par arrêt du 3 février 2010, le Tribunal Fédéral a annulé l'arrêt cantonal, motif pris que le droit d'être entendu de la recourante n'avait pas été respecté, car elle n'avait pas eu l'occasion de s'exprimer et de faire valoir ses moyens de preuve sur la question de son statut.
34. Le Tribunal de céans a convoqué une audience de comparution personnelle des parties le 23 mars 2010, reportée au 20 avril 2010, en raison de l'absence de Suisse de la recourante. A cette occasion, les parties ont déclaré :

« Mme F _____ : Au départ du concierge de notre immeuble, ce dernier nous a proposé de reprendre la conciergerie, ce que nous avons fait. Je ne me souviens plus précisément de la date.

Mme G _____ (OAI) : La conclusion du contrat date de 1987.

Mme F _____ : J'ai travaillé jusqu'à la naissance de mon premier enfant. J'ai alors arrêté pour m'occuper de mes enfants. Mes problèmes liés à mon estomac ont commencé en 1983-1984. Mon deuxième enfant est né en 1979. Nous avons pris la conciergerie pour améliorer la situation financière de la famille. Lors de la conclusion du contrat, il était prévu que je fasse le travail et que mon mari m'aide. Ensuite, mon état de santé s'est aggravé et c'est mon mari qui a dû assumer toute la conciergerie. C'est toujours moi qui ai assumé l'accueil des locataires.

Me BRON (avocat de la recourante) : On peut comprendre, face aux difficultés financières, que ma cliente et son mari aient pris cette conciergerie et décidé de voir ensuite si Mme F _____ était capable de l'assumer ou pas. A cette époque, l'appréciation des dossiers par l'AI, en cas de difficultés financières, faisait qu'il était admis que l'assuré avait l'intention de reprendre un travail, s'il en était capable.

Mme F _____ : A la réflexion, si ma santé me l'avait permis, j'aurais repris une activité de conciergerie et je l'aurais assumée dès 1987.

Mme G _____ : Quoiqu'il en soit, même en admettant la répartition 50%-50% entre l'activité ménagère et professionnelle, la décision initiale était erronée, car les médecins admettaient une capacité de travail de 50% dans la part professionnelle (document N° 5).

Me BRON : Lors de la révision de 1992, ma cliente était incapable de travailler à 70%, selon le Dr L _____, mais l'AI a retenu une incapacité de travail à 100%, à juste titre, ce qui, ajouté à l'empêchement ménager, implique que la décision était fondée.

A l'issue de l'audience, un délai au 4 mai 2010 a été imparti aux parties pour solliciter des mesures d'instruction, s'exprimer par écrit, la cause étant gardée à juger ensuite.

35. Par acte du 3 mai 2010, l'OAI a renoncé à d'autres mesures d'instruction et a conclu au rejet du recours, faisant valoir que la suppression de la rente d'invalidité se justifiait du point de vue de la révision et de la reconsidération. La motivation sera reprise dans la partie en droit en tant que de besoin.

La recourante n'a pas déposé d'écriture, ni sollicité de mesures d'instruction.

36. La cause a été gardée à juger le 20 mai 2010.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'article 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, 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 (ATF 130 V 230 consid. 1.1; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). En ce qui concerne 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, l'essentiel des faits déterminants remonte à une date postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA, notamment l'enquête ménagère et les décisions de l'OAI prises sur cette base. La LPGA s'applique, par conséquent, au présent litige.

3. Le présent recours, interjeté dans les forme et délai prévus par la loi, est recevable (art. 56 à 60 LPGA).
4. Le litige porte sur la suppression de la rente d'invalidité par voie de révision ou par voie de reconsidération, à compter du 1^{er} juillet 2008. L'OAI considère d'une part que l'état de santé de la recourante s'est amélioré de façon à modifier son droit à la rente et d'autre part, que le statut mixte retenu initialement était erroné. De plus,

même en admettant un statut mixte, le taux de capacité de travail retenu était insoutenable, de sorte que la rente devait être supprimée. La recourante allègue, au contraire, une aggravation de son état de santé et conteste le statut de ménage.

5. a) Aux termes de l'art. 4 LAI, l'invalidité est la diminution de la capacité de gain, présumée permanente ou de longue durée, qui résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale, provenant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (cf. également l'art. 8 LPGA).

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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2). Lorsqu'en raison de l'inactivité de l'assuré, les données économiques font défaut, il y a lieu de se fonder sur les données d'ordre médical, dans la mesure où elles permettent d'évaluer la capacité de travail de l'intéressé dans des activités raisonnablement exigibles (ATF 115 V 133 consid. 2 ; 105 V 158 consid.1).

b) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Sont des motifs de révision, l'amélioration ou l'aggravation de l'état de santé, la reprise ou l'abandon de l'activité lucrative, l'augmentation ou la baisse du revenu d'invalidé, la modification de la capacité d'accomplir les travaux habituels, la modification des critères d'évaluation de

l'invalidité (modification du statut), la modification de la situation familiale déterminante lors de l'évaluation de l'invalidité des assurés qui s'occupent du ménage, et la modification de dispositions légales ou réglementaire impliquant des conditions du droit à la rente plus larges ou plus strictes ; ne constituent pas des motifs de révision la modification provisoire d'un de ces éléments, ou des modifications de directives administratives (cf. directives de l'OFFICE FÉDÉRAL DES ASSURANCES SOCIALES, CIIAI, ch. 5005 et ss).

Pour savoir si l'état de santé du recourant s'est modifié entre la décision d'octroi de la rente et celle de la suppression, il s'agit de comparer les faits essentiellement du point de vue médical, tels qu'ils étaient au moment des deux décisions respectives. Une décision de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a). À l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), 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 conforme 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, sur demande ou d'office (ATF 133 V 108 consid. 5).

c) Selon 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 moyens de preuve qui ne pouvaient être produits auparavant (al. 1). L'assureur peut revenir sur les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable (al. 2). Ainsi, si les conditions prévues à l'art. 17 LPGA font défaut, la décision de rente peut être éventuellement modifiée d'après les règles applicables à la reconsidération de décisions administratives passées en force. Conformément à l'art. 53 al. 2 LPGA, l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force de chose jugée et sur laquelle une autorité judiciaire ne s'est pas prononcée sous l'angle matériel, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où la décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits (ATF 117 V 17 consid. 2c; 115 V 314 consid. 4a/cc).

Au regard de la sécurité juridique, une décision administrative entrée en force ne doit pouvoir être modifiée par le biais de la reconsidération que si elle se révèle manifestement erronée. Cette exigence évite que la reconsidération ne devienne un instrument autorisant sans autre un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit (arrêt B. du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

6. Dans le cas d'espèce, s'agissant de la révision, il faut comparer les faits tels qu'ils se présentaient en 1992, date à laquelle le droit à la rente d'invalidité a été maintenu, lors d'une première procédure de révision, avec ceux qui prévalaient en 2008, date à laquelle ce droit a été supprimé.

D'une part, les avis médicaux concernant l'évolution de l'état de santé de la recourante entre 1992 et 2008 divergent, mais on peut retenir que la santé de la patiente s'est notablement améliorée entre le début des années 1980 et la fin des années 2000. Toutefois, une nouvelle aggravation a lieu dès 2004. La capacité de travail était de 50% en 1991, et en 1992, car la situation est inchangée entre ces deux périodes. Les divers médecins consultés lors de la révision ne s'expriment pas sur la capacité de travail de l'assurée en 2008, sauf le SMR, qui détermine celle-ci à 50 % sur la base des données médicales du dossier.

D'autre part, l'enquête ménagère démontre une nette amélioration des capacités de la recourante, car l'empêchement fixé à 49% en 1992 est réduit à 17,5% en 2008. Ainsi, le taux d'invalidité de la part ménagère est réduit de 24,5% à 8,75% .

Ainsi, il n'est pas établi que l'état de santé et sa répercussion sur sa capacité de travail se soient notablement améliorés, si l'on se fonde sur la capacité de travail médicalement établie en 1992, soit 50% et non pas sur celle retenue par l'OAI, soit 100%. C'est ainsi à juste titre que le Tribunal de céans a laissé la question de la révision ouverte, car il s'avère que la rente doit être supprimée sur la base d'une reconsidération.

7. La décision d'octroi de la rente, de 1991, de même que la décision sur révision de 1992, se fondent sur les rapports médicaux du Dr L _____ des 27 août 1987 et 3 octobre 1989. Le médecin fait état de vomissements incoercibles sur importants retards d'évacuation gastrique et atonie, d'un status post-ulcère duodénale, d'un status post-vagotomie suprasélective et d'une pyloroplastie. Il juge l'état de la patiente stationnaire et atteste d'une incapacité de travail de 50 % dès le 28 août 1987, pour une durée indéterminée. Il la confirme en 1989. En 1992, il fait état

d'une incapacité de 70%, mais il est vraisemblable qu'il fait référence au taux d'invalidité retenu par l'OAI et pas à la capacité de travail, car il précise que la situation est inchangée par rapport à 1989.

En premier lieu, on constate que, sur cette base médicale exclusive, l'OAI mentionne une incapacité de travail de 100% dans la sphère professionnelle, ce qui ne peut être compris que comme une erreur de retranscription de l'avis médical sollicité par l'OAI auprès du Dr L_____. En effet, aucun élément du dossier n'indique que l'OAI a voulu s'écarter de l'avis du Dr L_____, le considérant peu pertinent et substituant son propre avis à celui du médecin. Ainsi, il s'agit d'une erreur manifeste ou d'une décision manifestement insoutenable, car elle ne repose sur aucune motivation médicale. Il ne s'agit nullement d'apprécier différemment un même état de fait, car l'affirmation d'une capacité de travail de 50% ne laisse aucune place à l'appréciation. Sur le principe donc, la voie de la reconsidération est ouverte.

En second lieu, le Tribunal a considéré, dans son arrêt du 9 décembre 2008 que l'assurée n'avait jamais eu l'intention d'assurer elle-même les travaux relevant du contrat de conciergerie conclu en 1987. Ainsi, le statut n'était pas mixte, mais exclusivement ménager. Il convient en général d'accorder la préférence aux premières déclarations de l'assuré, faites alors qu'il en ignorait peut-être les conséquences juridiques, les explications nouvelles pouvant être – consciemment ou non – le fruit de réflexions ultérieures (ATF 121 V 47 consid. 2a, 115 V 143 consid. 8c). Les déclarations de l'assurée faites lors de l'audition par l'OAI le 12 décembre 1989 peuvent être comprises de deux manières. Soit elle n'a jamais eu l'intention de travailler, quel que soit son état de santé et le passage expliquant que la conciergerie est mise à son nom pour que "les cotisations soient pour elle" prend tout son sens. Soit elle aurait travaillé si elle le pouvait, car la situation financière l'exigeait, ce qui est expliqué sans détours, et elle a pris cette conciergerie à son nom, car son mari avait déjà un emploi à plein temps, tout en sachant que c'est ce dernier qui devrait assumer les travaux, car elle-même en était incapable. La difficulté réside justement dans cette capacité de travail. D'un côté, les médecins estiment que l'assurée peut travailler à 50%, de sorte que l'on ne comprend pas qu'elle n'assume pas la conciergerie ou un autre emploi à 50%, compte tenu de la situation financière difficile, cela tendant à démontrer qu'elle entendait se consacrer entièrement à son ménage. De l'autre côté, l'assurée estime être totalement incapable de travailler, ce que l'OAI lui confirme par erreur, de sorte qu'elle ne peut pas faire ces travaux de nettoyage, mais espère pouvoir un jour les assumer. En prenant la conciergerie, elle obtient un salaire complémentaire bienvenu, qui permet, en attendant qu'elle puisse à nouveau travailler, de rémunérer une femme de ménage pour décharger l'époux, qui cumule deux emplois.

Ainsi, il faut reconnaître que, sur la seule base des déclarations de l'assurée en décembre 1989, le Tribunal ne peut pas retenir qu'elle a pris la conciergerie dans le

seul but de percevoir des prestations de l'invalidité. Certes, les autres déclarations faites à l'époque, dans le formulaire de demande de prestations et figurant sur les divers rapports médicaux du Dr L_____ font penser que l'assurée était exclusivement ménagère et entendait le rester.

Par contre, les déclarations de l'assurée lors de l'audience du 20 avril 2010 sont de nature à jeter le doute sur la réalité de sa volonté de travailler si son état de santé le lui permettait. Il n'est pas question ici de l'aspect limité de l'accueil des locataires, mais de l'essentiel du travail du concierge, soit le nettoyage, l'entreposage des poubelles, etc. Selon le Dr L_____, l'assurée est malade depuis 1982, l'état est stationnaire et inchangé en tout cas jusqu'en 1992. Après diverses interventions, l'état de santé de l'assurée est nettement amélioré jusqu'à l'aggravation de 2004. Toutefois, l'assurée affirme en audience avoir assumé la conciergerie quelques temps avant l'aggravation de son état de santé, qui a obligé son mari à la reprendre. D'une part, cela est contradictoire avec ses affirmations de 1989, selon lesquelles le mari a toujours effectué le travail, depuis 1987. D'autre part, l'état de santé était stationnaire entre 1982 et 1992, de sorte que l'on ne comprend pas qu'elle ait pu travailler en 1987, puis qu'elle ait dû cesser, la charge étant reprise par le mari. De même, l'amélioration de l'état de santé entre 1991 et 2004 aurait dû modifier la répartition du travail de conciergerie entre époux. Or, l'assurée n'a jamais repris l'essentiel des travaux. Certes, l'assurée s'est ensuite ravisée en audience, en affirmant que c'est seulement si elle en avait été capable, qu'elle aurait assumé toute la conciergerie dès 1987.

L'aspect paradoxal de la situation réside dans le fait que seul le contrat de conciergerie permet de faire effectuer le travail par un tiers, généralement le conjoint. Hormis cette situation, l'assuré qui estime et affirme être totalement incapable de travailler ne peut pas conclure un contrat de travail et décider qu'il l'honorera lorsque son état de santé le lui permettra. Dans ces cas-là, l'OAI se fonde sur l'ensemble des circonstances pour admettre ou pas le statut mixte de l'assuré. Parmi ces circonstances, il y a la situation financière, l'âge des enfants, le taux d'activité antérieur. Dans le cas d'espèce, il est possible que l'assurée ait souhaité assurer une conciergerie, compte tenu de l'âge de ses enfants (9 ans pour le plus jeune), des difficultés financières, de l'aspect pratique de ce métier, qui permet de concilier le rôle de mère de famille avec un travail, ce d'autant plus qu'elle a travaillé jusqu'à la naissance de son premier enfant. Il n'est pas certain que cette probabilité confine à la vraisemblance prépondérante exigée en droit des assurances sociales.

Le Tribunal estime qu'il est impossible de déterminer avec suffisamment de certitude le statut de l'assurée, lors de la décision de 1992, et de celle de 1991, mais il s'avère que la question peut rester ouverte, conformément à ce qui suit.

Si le statut mixte est admis, la décision initiale de 1991, confirmée sur révision en 1992, est tout de même sujette à reconsidération, du fait de l'erreur commise s'agissant du taux d'incapacité de travail dans la sphère professionnelle.

En effet, l'incapacité de travail est de 50%, ce qui, compte tenu de la part professionnelle de 50%, implique qu'il n'y a pas d'invalidité professionnelle. Le taux d'empêchement de 49% dans la part ménagère de 50% implique un taux d'invalidité de 24,5%, ce qui n'ouvre aucun droit à une rente. Ainsi, la détermination d'un degré d'invalidité de 72% et l'octroi d'une rente d'invalidité entière sont des erreurs manifestes, la décision initiale est donc manifestement erronée, ce qui justifie la suppression de la rente sous l'angle de la reconsidération.

Si le statut est celui de ménagère, l'empêchement initial de 49% donnait droit à un quart de rente et non pas à une rente entière, de sorte qu'à nouveau, la décision est manifestement erronée, la jurisprudence admettant par ailleurs que la réduction de la rente de plus de moitié remplit la condition selon laquelle la rectification de la décision doit revêtir une certaine importance (RCC 1978, p. 565). Il s'avère que l'empêchement ménager en 2008 est limité à 17,5%, ce qui implique alors une notable amélioration des conséquences de l'état de santé, qui justifie une révision et la suppression de la rente dès 2008, le taux d'invalidité de 17,5% n'ouvrant pas de droit à une rente.

8. Le recours, mal fondé, est donc rejeté.

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante .
4. 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

Florence SCHMUTZ

Sabina MASCOTTO

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