

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3611/2010

ATAS/152/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 15 février 2011

2ème Chambre

En la cause

Madame O _____, domiciliée à Vernier, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître PETROZ Pascal

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Sabina MASCOTTO, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et
Evelyne BOUCHAARA, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame O_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), ressortissante portugaise née en 1965, est arrivée en Suisse en septembre 1991. Elle y a notamment travaillé comme serveuse salariée, puis comme serveuse associée dans un établissement qu'elle avait créé avec son mari.
2. En date du 17 octobre 2001, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité en raison d'une dépression. L'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'OAI) a, à ce titre, réuni diverses attestations médicales.
3. Dans un rapport du 21 novembre 2001, la Dresse A_____, généraliste et médecin traitant, a diagnostiqué un état dépressivo-anxieux majeur depuis 1999. L'état de santé s'améliorait et la patiente suivait un traitement psychiatrique. L'assurée pouvait tenir la position assise quatre heures par jour, la position debout quatre heures par jour et la même position du corps quatre heures par jour. Elle devait éviter les horaires de travail irrégulier, de nuit, le travail en hauteur et sur une échelle et les déplacements sur sol irrégulier ou en pente, ainsi que le froid et le bruit. L'incapacité de travail était totale depuis le 15 août 2000.
4. Dans un questionnaire pour l'employeur, la société O_____ et Cie a indiqué que l'assurée percevait un salaire mensuel de 4'400 fr. depuis juillet 2000 et de 4'450 fr. depuis septembre 2000. Il a précisé que l'assurée était restauratrice indépendante, sans contrat de travail. Elle avait travaillé jusqu'en août 2000.
5. Dans un rapport du 20 décembre 2002, la Dresse B_____, psychiatre traitant, a diagnostiqué une hypocondrie depuis 1997 ainsi qu'une anxiété généralisée avec attaques de panique. La capacité de travail était à voir avec le médecin traitant, la Dresse A_____. L'état de santé était stationnaire.
6. Dans un rapport du 26 février 2003, la Dresse A_____ a diagnostiqué un trouble anxieux grave, une fibromyalgie et un état dépressif. Le diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail était un colon spastique. L'état de santé était stationnaire et l'incapacité de travail toujours totale. Il y avait persistance d'une anxiété importante avec crises de panique et des douleurs multiples mal systématisées. Une amélioration était possible à très long terme. La patiente ne pouvait pas tenir la même position du corps ni porter des charges et devait éviter les grandes surfaces. La capacité de travail dans une activité autre que celle de serveuse devait être évaluée lors d'un stage de réinsertion.
7. Dans un rapport sans examen clinique du 24 mars 2003, le Service médical de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a constaté une incapacité totale de travail

pour toute activité, en raison d'une anxiété généralisée avec attaques de panique, d'une claustrophobie et d'une agoraphobie.

8. Une enquête a été conduite au domicile de l'assurée. Dans un rapport du 29 septembre 2003, Madame P_____, collaboratrice de l'OAI, a relevé qu'il s'avérait que l'assurée n'avait eu qu'une séance de suivi psychiatrique en 1999, 3 en 2000, 3 en 2001, 3 en 2002 et 2 en 2003. En décembre 2002, la psychiatre traitante avait indiqué qu'elle n'avait pas revu sa patiente depuis le mois de juin 2002.
9. En date du 28 mai 2004, l'assurée a été soumise à un examen psychiatrique auprès du SMR, conduit par le Dr C_____, psychiatre. Celui-ci a diagnostiqué un trouble dépressif et anxieux mixte chez une personnalité émotionnellement labile à traits hypocondriaques et abandonniques. La Dresse B_____ avait confirmé par téléphone qu'elle continuait à suivre l'assurée. Elle estimait que celle-ci présentait une amélioration relative de son état anxieux depuis le mois d'août 2003 et la capacité de travail exigible sur le plan psychiatrique s'élevait à 50% selon elle. Le Dr C_____ a également confirmé que l'assurée pouvait travailler dans une activité adaptée, sans stress ou élément déclenchant l'anxiété, à 50%. Les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : tristesse, perte de l'élan vital, trouble anxieux alimenté de préoccupations hypocondriaques, trouble panique en situation agoraphobique, troubles modérés de la concentration et de l'attention, anhédonie, aboulie, retrait social relatif.
10. Dans un avis du 22 septembre 2004, sans examen clinique, le Dr D_____ du SMR a confirmé que l'assurée présentait une capacité de travail de 50% depuis août 2003. Il y avait eu une incapacité totale de travail du 15 août 2000 au 31 juillet 2003.
11. Par décision du 18 janvier 2006, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er août 2001 au 31 octobre 2003 puis un quart de rente à partir du 1er novembre 2003, suite à une comparaison des revenus avant invalidité de 46'392 fr. et après invalidité de 24'290 fr., qui générait un degré d'invalidité de 48%, donnant droit à un quart de rente.
12. En date du 29 novembre 2007, l'assurée a déposé une demande de révision de sa rente, alléguant une aggravation de son état de santé.
13. Suite à la demande de révision, l'OAI a demandé l'avis des médecins traitants de l'assurée. Dans un rapport du 7 janvier 2008, la Dresse A_____ a diagnostiqué un trouble anxieux grave depuis 1999. L'arrêt de travail était de 100 % depuis le 15 août 2000 et l'état de santé était resté stationnaire. Il n'y avait pas eu d'aggravation et l'état de santé ne s'était pas modifié de façon notable.
14. Dans un rapport du 25 février 2008, la Dresse B_____ a diagnostiqué une anxiété généralisée avec attaques de panique depuis 1997, une hypocondrie depuis

1997 et une fibromyalgie depuis 2006-2007. L'état de santé s'aggravait et un examen médical complémentaire était nécessaire. La patiente avait été hospitalisée à l'hôpital de Beau-Séjour pour investigations en raison de l'accroissement de ses douleurs multiples migrantes. L'incapacité de travail était totale. La patiente ne pouvait pas tenir la position assise ni la même position du corps pendant longtemps, ni la position à genoux ni porter de charges.

15. Le Dr E_____ du SMR a rendu un avis le 21 mai 2008 dans lequel il a constaté que l'assurée avait été mise au bénéfice d'un quart de rente d'invalidité dès le 11 novembre 2003, suite à une comparaison des revenus avant et après invalidité. Il a formulé les remarques suivantes : "En novembre 2007, l'assurée nous annonce une aggravation de son état de santé. Dans son rapport du 7 janvier 2008, le médecin traitant indique un trouble anxieux grave, existant depuis 1999 avec une incapacité de travail entière depuis le 15 août 2000. Traitement anxiolytique, psychothérapie de soutien une fois/mois. Pour le médecin, il n'y a pas eu d'aggravation ; l'état est stationnaire depuis 2002. Elle indique que l'assurée voit à la demande la Dresse B_____, psychiatre. Pour sa part la psychiatre indique dans son rapport du 25 février 2008, une anxiété généralisée avec attaques de panique, hypocondrie, "fibromyalgie". Selon elle, l'état de santé de l'assurée est aggravé. Une hospitalisation à Beau-Séjour a eu lieu pour investigations de douleurs multiples, migrantes. La lettre de sortie des HCUGE, datée du 29 février 2008 indique une fibromyalgie, un état anxio-dépressif avec épisode de degré moyen en janvier 2008, une anémie spoliative, mycose vaginale, opération d'un fibrome utérin, cure d'hémorroïdes. Alors qu'elle doit bénéficier d'une adaptation de l'antalgique, le séjour hospitalier de l'assurée est écourté car elle présente une aggravation de son anxiété en milieu hospitalier (se sent mieux chez elle). Le suivi chez la psychiatre doit être repris dès le 29 février 2008 en ambulatoire. Aucune suite n'est prévue concernant les "douleurs généralisées connues de longue date". En résumé, de l'aggravation annoncée de l'état de santé de l'assurée, nous avons la présence de "douleurs généralisées connues de longue date" tel qu'indiqué dans la lettre de sortie des HCUGE, pour lesquelles aucune investigation complémentaire n'est faite ou proposée. Les diagnostics n'ont pas été modifiés, hormis l'évocation entre guillemets de la fibromyalgie. En l'absence d'une affection psychiatrique grave, la fibromyalgie ne peut être retenue incapacitante, de toute façon. L'état anxieux avec attaques de panique présenté par l'assurée est moyen selon la lettre des HCUGE. Le suivi psychiatrique à la demande (rapport du médecin traitant du 7 janvier 2008), le traitement anxiolytique modéré (Xanax 4 x 0,5mg/j, Temesta expidet 3 x 1 mg/j [en réserve ?]), n'apparaissent pas correspondre à une aggravation durable de l'état de santé. Aucun antidépresseur n'est prescrit. Le séjour hospitalier de six jours, avec sortie pour un suivi ambulatoire ne concrétise pas une aggravation durable de l'état de santé. En l'absence de tout élément anamnestique et clinique convainquant, nous ne pouvons retenir une aggravation durable de l'état de santé de l'assurée".

16. Par projet de décision du 9 juillet 2008, l'OAI a maintenu le degré d'invalidité retenu en 2006, rejetant la demande de révision de l'assurée. Il a confirmé un degré d'invalidité de 48% sur la base de la comparaison des revenus sans invalidité (46'392 fr. ESS, hôtellerie et restauration, niveau 3) et avec invalidité (24'290 fr, soit ESS, activité simple et répétitive, à 50%).
17. Par décision du 10 septembre 2008, l'OAI a rejeté la demande de l'assurée, confirmant son projet de décision.
18. Par courrier du 16 octobre 2008, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal cantonal des assurance sociales, concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Elle a fait valoir que l'avis du SMR, contraire à tous les autres avis médicaux, devait être écarté. Par ailleurs, les bases de calcul prises en compte pour déterminer le degré d'invalidité étaient erronées, l'OAI ayant retenu à tort un revenu annuel sans invalidité de 46'392 fr. au lieu de 53'400 fr.
19. Dans sa réponse du 11 novembre 2008, l'OAI, concluant au rejet du recours, a constaté que la situation de la recourante n'avait pas connu de modification notable depuis sa décision du 18 janvier 2006. En effet, la Dresse A_____ avait posé les mêmes diagnostics que précédemment et fait état d'un état de santé stationnaire depuis 2002. S'agissant du suivi psychiatrique, il s'avérait qu'il était effectué à la demande. Enfin, le Dr E_____ du SMR avait motivé son avis et conclu, de manière convaincante, qu'il n'y avait pas d'aggravation durable de l'état de santé.
20. Par courrier du 25 novembre 2008, la recourante a demandé pourquoi l'intimé ne s'était pas prononcé sur la question de la comparaison des revenus.
21. Par courrier du 18 décembre 2008, la recourante a allégué qu'elle souffrait de maux nouveaux, soit en particulier de douleurs multiples migrantes constatées par le psychiatre traitant depuis décembre 1999.
22. Dans sa duplique du 4 février 2009, l'OAI a persisté dans ses conclusions.
23. Par courrier du 31 mars 2009, la recourante a exposé qu'elle n'avait pu, en raison de son état de santé, se présenter à l'audience de comparution personnelle convoquée pour le 16 mars 2009.
24. Par arrêt du 15 juin 2009, le Tribunal cantonal des assurance sociales a partiellement admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI pour qu'il mette en œuvre une expertise bidisciplinaire rhumatologique et psychiatrique, dès lors que le psychiatre traitant faisait état d'une fibromyalgie qui n'avait pas été investiguée.
25. L'OAI a mandaté le BUREAU D'EXPERTISE ROMAND (BREM) pour procéder à cette expertise. Selon le rapport d'expertise des Drs F_____ et G_____, rhumatologues et H_____, psychiatre, du 22 avril 2010, l'assurée présente le

diagnostic, avec effet sur la capacité de travail, d'anxiété généralisée F41.1, présente depuis 1999 et les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail d'agoraphobie avec troubles paniques (F40.01), troubles hypocondriaques (F 45.2) depuis 1999, une anémie et une suspicion de maladie de Morton depuis 2004.

Sur le plan somatique, l'assurée a indiqué souffrir de douleurs ostéo-articulaires multiples, principalement au niveau de la colonne cervicale, des trapèzes des épaules, de la colonne dorsale et des membres supérieurs, douleurs qui sont présentes jour et nuit, augmentant avec l'effort, variables selon les jours et les heures, qui l'empêchent de travailler et de faire quoi que ce soit à la maison. Il ressort de l'examen clinique que l'assurée est en bon état général, l'auscultation est sans particularité, l'assurée ne présente ni limitations, ni contractures lors de l'examen de l'appareil locomoteur, ni troubles neurologiques spécifiques. Seule la palpation de l'espace entre le quatrième et le cinquième MTP gauche est douloureuse. La recherche de points douloureux pour une fibromyalgie est positive pour deux points sur dix-huit (les trapèzes) et l'absence de signe de Waddell est relevée. Il n'y a pas d'atteinte inflammatoire rhumatologique, ni arthrite ou arthrose. Les deux points douloureux sur dix-huit mis en évidence au niveau des trapèzes ne permettent pas de retenir le diagnostic de fibromyalgie. L'espace entre les deux orteils gauches douloureux peut évoquer une maladie de Morton, qui n'a aucune conséquence sur la capacité de travail.

Sur le plan psychiatrique, les experts ont noté durant l'examen que l'assurée est souriante dans l'ensemble, pleurant à une reprise, ce qui est congruent avec le sujet évoqué. L'assurée a fait part d'attaques de panique à raison d'environ deux par semaine, une baisse de thymie avec envie de pleurer en permanence, une diminution de l'énergie, une réduction de la confiance en soi et une diminution de la libido. Les experts relèvent les discordances dans le discours de l'expertisée, qui dit ne plus sortir de chez elle ni aller dans les magasins et dans le bus, puis, dans un deuxième temps, affirme le contraire. Ses plaintes sont essentiellement celles d'angoisses diffuses et d'attaques de panique, mais les experts ont dû lui demander à cinq reprises le nombre d'épisodes d'attaques de panique qu'elle avait par jour, par semaine ou par mois. Au vu de la fréquence évoquée par l'assurée, de la conservation de sa capacité à prendre les transports publics, de se rendre dans les magasins, de la baisse discrète de la thymie, les experts ont retenu que seule l'anxiété généralisée entraîne une limitation sur la capacité de travail, l'assurée présentant une anxiété anticipatrice et des préoccupations même pour des soucis mineurs, avec un seuil anxiogène abaissé. Les experts relèvent que seul un traitement de benzodiazépine à petite dose a été prescrit dès janvier 2003, le suivi psychiatrique est interrompu en mars 2008, l'assurée étant uniquement suivie par son médecin généraliste depuis lors, la consommation de benzodiazépine ayant encore été diminuée depuis février 2008. Aucune hospitalisation en milieu psychiatrique n'a été nécessaire. Le pronostic pour la reprise d'une activité

professionnelle paraît défavorable, l'assurée s'estimant dans l'incapacité d'exercer une activité professionnelle, même à temps partiel.

En conclusion, les experts ont retenu que l'assurée ne présente aucune limitation du point de vue physique. Du point de vue psychique, des limitations qualitatives et quantitatives sont présentes en relation avec l'anxiété généralisée, à savoir une anxiété anticipatrice, une angoisse fluctuante, des préoccupations mêmes pour des soucis mineurs et un seuil anxiogène abaissé, qui interfèrent avec les activités exercées jusqu'alors. L'activité de serveuse n'est plus exigible en raison du stress engendré, celle de ménagère n'est pas entravée. L'incapacité de travail était totale du 15 août 2000 au 31 octobre 2003. Dès le 1^{er} novembre 2003 (sur la base de l'avis du SMR de l'époque) l'incapacité est de 50% dans une activité adaptée, soit dans un environnement peu stressant.

26. Dans son avis du 29 juin 2010, le Dr E_____ du SMR prend note des conclusions de l'expertise, précise qu'elle permet d'écarter l'aggravation alléguée par l'assurée et permet de maintenir l'avis du SMR de mai 2004, qui concluait à une capacité de travail réduite à 50% dans une activité adaptée évitant le stress ou tout élément déclenchant l'anxiété. Il relève également que l'exigence d'un suivi psychothérapeutique et d'une médication anxiolytique efficace est exigible.
27. Par projet de décision du 5 juillet 2010, l'OAI envisage de refuser une augmentation de la rente, le taux d'invalidité restant inchangé à 48%, précisant qu'il est exigible de l'assurée qu'elle suive un suivi médical spécialisé de manière régulière afin d'améliorer sa capacité de gain.
28. Par pli du 6 août 2010, l'avocat de l'assurée a formulé des observations. D'une part, la valeur probante de l'expertise était contestée, car les médecins traitant attestent d'une aggravation de l'état de santé et les HUG ont admis le diagnostic de fibromyalgie. D'autre part, le calcul du taux d'invalidité est contesté. Le revenu sans invalidité pris en compte est en dessous de ce que l'assurée aurait gagné dans l'entreprise familiale si elle avait pu continuer à y travailler. L'avis du SMR qui estime que l'assurée peut travailler dans un tea-room est contradictoire avec l'expertise diligentée, en raison du stress causé.
29. Par décision du 20 septembre 2010, l'OAI confirme son projet de décision et précise qu'il ne se justifie pas de changer le degré d'invalidité fixé à 48% en 2005, dès lors que les conclusions médicales sont restées identiques. En août 2005, une enquête économique avait été effectuée par l'OAI, sur la base de l'art. 25 al. 2 RAI, qui prévoit que les revenus déterminants pour l'évaluation de l'invalidité d'un indépendant qui exploite une entreprise en commun avec les membres de sa famille sont fixés d'après l'importance de sa collaboration. L'assurée s'occupait uniquement du service et des commandes d'un seul des restaurants et, malgré son arrêt de travail, le restaurant « X_____ » a continué son essor. De ce fait, l'OAI

s'est basé sur un salaire ESS de serveuse de niveau 3. Le revenu avec invalidité s'élève quant à lui à 24'290 fr., selon ESS 2002, pour une activité simple et répétitive à 50 %.

30. Par acte du 22 octobre 2010, l'assurée, représentés par avocat, forme recours contre la décision et conclut à son annulation, à la constatation d'une invalidité de 100% et à l'octroi d'une rente entière depuis le 1^{er} novembre 2003. Elle fait valoir que la conclusion du SMR et de l'OAI, retenant une capacité de travail de 50% dans un milieu peu stressant est contradictoire avec l'expertise, selon laquelle le pronostic pour la reprise d'une activité professionnelle est défavorable. Elle estime que l'aggravation de son état de santé et le diagnostic de fibromyalgie ont été écartés à tort, car il ressort du rapport médical de la Dresse B_____ du 28 février 2008 que son état de santé s'est aggravé postérieurement à la décision du 18 janvier 2006. De même, les HUG avaient confirmé le diagnostic de fibromyalgie en février 2008. Les médecins susmentionnés sont donc formels quant à l'aggravation de l'état de santé de l'assurée et unanimes quant à la totale incapacité de travail de celle-ci, même dans une activité adaptée. Au demeurant, il est illusoire de penser que l'assurée peut travailler dans un salon de thé ou une cafétéria, ou encore dans une petite entreprise dans le domaine de la fabrication, ce qui tiendrait prétendument compte de ses limitations fonctionnelles. En dernier lieu, l'assurée conteste le revenu sans invalidité pris en compte. En effet, la société familiale à laquelle la recourante est associée a attesté que cette dernière percevait pour son activité, sans atteinte à la santé, un salaire de 4'450 fr. par mois, de sorte que le revenu annuel sans invalidité est de 53'400 fr., et non pas 46'392 fr. Quant au revenu avec invalidité, l'assurée peine à comprendre sur quelle base il a été calculé par l'OAI.
31. Par pli du 22 novembre 2010, l'OAI conclut au rejet du recours et se réfère aux motifs de la décision attaquée.
32. Cet avis a été transmis à l'assurée le 25 novembre 2010 avec un délai au 15 décembre 2010 pour consulter les pièces et se déterminer, puis la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 9 octobre 2009).

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

2. 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; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références).

En l'espèce, la nouvelle demande de prestations a été déposée le 30 novembre 2007. La recourante invoque une péjoration de son état de santé depuis fin 2006 ou début 2007. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003 s'applique donc au cas d'espèce. Tel est également le cas des modifications de la LAI du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004 (RO 2003 3852). En revanche, les modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008, n'ont pas à être prises en considération pour les faits antérieurs à cette date.

3. Interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, le présent recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. L'objet du litige porte sur le droit de l'intimé de rejeter la demande de révision de l'assurée, singulièrement sur la question d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée postérieurement à la décision du 18 janvier 2006.
5. a) Est réputée incapacité de travail toute perte, totale ou partielle, de l'aptitude de l'assuré à accomplir dans sa profession ou son domaine d'activité le travail qui peut raisonnablement être exigé de lui, si cette perte résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique. En cas d'incapacité de travail de longue durée, l'activité qui peut être exigée de lui peut aussi relever d'une autre profession ou d'un autre domaine d'activité (art. 6 LPGA). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur un marché du travail équilibré dans son domaine d'activité, si cette diminution résulte d'une atteinte à sa santé physique, mentale ou psychique et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée (art. 8 al. 1 LPGA).

b) Depuis l'entrée en vigueur, le 1^{er} janvier 2004, de la nouvelle du 21 mars 2003 modifiant la LAI (4^{ème} révision) la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI est la suivante :

«1. L'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40% au moins un quart, 50% au moins une demie, 60% au moins trois-quarts, 70% au moins rente entière.».

c) Selon l'art. 29 al. 1 LAI (dans sa teneur en vigueur jusqu'au 31 décembre 2007), le droit à la rente au sens de l'art. 28 LAI prend naissance au plus tôt à la date à partir de laquelle l'assuré présente une incapacité de gain durable de 40% au moins (let. a) ou à partir de laquelle il a présenté, en moyenne, une incapacité de travail de 40% au moins pendant une année sans interruption notable (let. b).

Selon l'art. 29 LAI dans sa teneur depuis le 1^{er} janvier 2008, le droit à la rente prend naissance au plus tôt à l'échéance d'une période de six mois à compter de la date à laquelle l'assuré a fait valoir son droit aux prestations conformément à l'art. 29, al. 1, LPGA, mais pas avant le mois qui suit le 18^e anniversaire de l'assuré (al. 1). Le droit ne prend pas naissance tant que l'assuré peut faire valoir son droit à une indemnité journalière au sens de l'art. 22 (al. 2). La rente est versée dès le début du mois au cours duquel le droit prend naissance (al. 3). Les rentes correspondant à un taux d'invalidité inférieur à 50% ne sont versées qu'aux assurés qui ont leur domicile et leur résidence habituelle (art. 13 LPGA) en Suisse. Cette condition doit également être remplie par les proches pour lesquels une prestation est réclamée (al. 4).

Une lettre circulaire n° 253 de l'OFAS indique que si le cas d'assurance se produit avant le 1^{er} janvier 2008 c'est encore l'ancien droit qui s'applique et l'assuré peut encore déposer une demande de prestations dans les douze mois après la naissance du droit, sans perte de prestations de rente.

6. Chez les assurés actifs, le degré d'invalidité doit être évalué sur la base d'une comparaison des revenus. Pour cela, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré. La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 130 V 348 consid. 3.4, 128 V 30 consid. 1, 104 V 136 consid. 2a et 2b; jusqu'au 31 décembre 2002 : art. 28 al. 2 LAI; du 1^{er} janvier au 31 décembre 2003: art. 1 al. 1 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA; depuis le 1er janvier 2004: art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA). Pour procéder à la comparaison des revenus, il convient de se placer au moment de la naissance du droit à la rente; les revenus avec et sans invalidité doivent être déterminés par rapport à un même moment et les modifications de ces revenus susceptibles d'influencer le droit à la rente, survenues jusqu'au moment où la décision est rendue, doivent être prises en compte (ATF 129 V 223 consid. 4.1, 128 V 174).

Le revenu d'invalidé doit être évalué avant tout en fonction de la situation professionnelle concrète de l'intéressé. En l'absence d'un revenu effectivement réalisé, il y a lieu de se référer aux données statistiques, telles qu'elles résultent des enquêtes sur la structure des salaires (ESS) de l'Office fédéral de la statistique (ATF 126 V 76 consid. 3b/aa et bb). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (cf. ATF 126 V 78 consid. 5).

Le revenu de la personne valide se détermine en établissant au degré de la vraisemblance prépondérante ce qu'elle aurait effectivement pu réaliser au moment déterminant si elle était en bonne santé (ATF 129 V 224 consid. 4.3.1 et la référence). Il doit être évalué de manière aussi concrète que possible si bien qu'il convient, en règle générale, de se référer au dernier salaire que l'assuré a obtenu avant l'atteinte à la santé, en tenant compte de l'évolution des salaires intervenue jusqu'au moment du prononcé de la décision. On ne saurait s'écarter d'un tel revenu pour le seul motif que l'assuré disposait, avant la survenance de son invalidité, de meilleures possibilités de gain que celles qu'il mettait en valeur et qui lui permettaient d'obtenir un revenu modeste (ATF 125 V 157 consid. 5c/bb et les arrêts cités); il convient toutefois de renoncer à s'y référer lorsqu'il ressort de l'ensemble des circonstances du cas que l'assuré, sans invalidité, ne se serait pas contenté d'une telle rémunération de manière durable (cf. AJP 2002 1487; RCC 1992 p. 96 consid. 4a).

7. a) Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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; voir également ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Selon la jurisprudence, 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Quand l'administration entre en matière sur la demande de révision, elle doit examiner l'affaire au fond, et vérifier que la modification du degré d'invalidité ou de l'impotence rendue plausible par l'assuré est réellement intervenue. Si elle constate que l'invalidité ou l'impotence ne s'est pas modifiée depuis la décision précédente, passée en force, elle rejette la demande. En cas de recours, le même devoir de contrôle quant au fond incombe au juge (voir ATF 117 V 198 consid. 3a et la référence).

C'est ainsi que la tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente d'invalidité consiste avant tout à établir l'existence ou non d'un changement significatif de l'état de santé de l'assuré, respectivement de sa capacité de travail, en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATFA non publié du 12 juillet 2005, I 282/04, consid. 5.2 et 5.3).

b) 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).

8. a) En ce qui concerne la preuve, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

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 LPGA), 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. A 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. 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 (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

b) Lorsque, 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 353 consid. 3b/bb).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

d) 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/bb et cc).

e) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante

et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves; KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2° éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n° 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d et l'arrêt cité).

9. En l'espèce, la recourante a été soumise à une expertise rhumato-psychiatrique effectuée par les Drs F_____, I_____ et H_____, médecins auprès du BREM. Dans leur rapport du 22 avril 2010, ces médecins ont retenu comme seul diagnostic ayant une répercussion sur la capacité de travail une anxiété généralisée, laquelle implique des limitations qualitatives et quantitatives de l'activité professionnelle, en raison d'une anxiété anticipatrice et un seuil anxiogène abaissé. Aucun diagnostic rhumatologique n'est retenu, la fibromyalgie est écartée, en raison de l'absence de points douloureux. Les autres diagnostics psychiatriques, soit l'agoraphobie et le trouble hypocondriaque sont sans répercussion sur la capacité de travail.

La Cour de céans constate que le rapport des experts se base tant sur des examens de la recourante, sur ses plaintes, son dossier médical et radiologique et sur une anamnèse complète, dès lors qu'elle est composée d'un volet familial, professionnel et personnel, médical, social et psychiatrique. Les diagnostics ont été précisément posés et la description et l'appréciation médicales sont claires. En effet, les experts se sont exprimés sur les raisons qui les amenaient à retenir les différents diagnostics, sur celles qui leur permettaient d'admettre une diminution de la capacité de travail de 50% seulement depuis novembre 2003 ainsi que sur les limitations fonctionnelles dont il y avait lieu de tenir compte. Leurs conclusions sont motivées et convaincantes. De plus, leur rapport ne contient ni contradictions ni indice permettant de remettre en cause le bien-fondé des conclusions.

La recourante fait cependant valoir que l'aggravation de son état de santé depuis janvier 2006 a été attestée par d'autres médecins et que la fibromyalgie a été retenue par les HUG.

Toutefois, la Dresse A_____ a attesté en janvier 2008 d'une incapacité de travail de 100% depuis 2000, l'état de santé étant resté stationnaire. Quant à la Dresse B_____, elle a certes posé le diagnostic de fibromyalgie dans son rapport du 25 février 2008, se fondant sur l'hospitalisation de sa patiente durant le mois de février 2008, mais sans préciser la gravité des troubles psychiatriques, ni mentionner le suivi psychiatrique en cours et le traitement médicamenteux prescrit,

ni en quoi l'état psychique s'était aggravé. S'agissant du rapport des HUG du 29 février 2008, il mentionne également le diagnostic de fibromyalgie, sans précision quant à l'examen clinique effectué ou l'anamnèse, la courte hospitalisation étant motivée par des douleurs diffuses. C'est précisément pour examiner de façon précise l'état psychique et rhumatologique de l'assurée, les documents susmentionnés étant insuffisants pour les apprécier, que le dossier avait été renvoyé par le Tribunal cantonal des assurances sociales à l'OAI, afin de mettre en œuvre une expertise bidisciplinaire. Celle-ci exclut de façon convaincante le diagnostic de fibromyalgie et n'est pas valablement contredite par les documents susmentionnés.

Par conséquent, il doit être constaté que le rapport d'expertise du BREM présente pleine valeur probante au sens de la jurisprudence. En conséquence, l'état de santé et la capacité de travail de l'assurée ne se sont pas modifiés depuis la décision du 18 janvier 2006. Celle-ci continue à souffrir d'anxiété, qui l'empêche d'exercer à plus de 50% une activité adaptée, soit sans stress excessif. A défaut d'aggravation notable de l'état de santé de l'assurée ou de modification sensible des effets de son état de santé sur sa capacité de travail, qui justifieraient la révision de la décision du 18 janvier 2006, c'est à juste titre que l'OAI a rejeté la demande du 29 novembre 2007.

A cet égard, l'assurée n'invoque pas le fait que son taux d'invalidité serait notablement modifié du fait d'une réduction sensible du revenu statistique dans une activité adaptée entre janvier 2006 et la décision dont est recours. Elle conteste toutefois le calcul du taux d'invalidité de l'OAI, soit celui effectué à l'époque de la décision du 18 janvier 2006, faisant valoir que ses associés avaient attesté en 2002 qu'elle réalisait un salaire bien supérieur à celui retenu.

Ce faisant, l'assurée sollicite en réalité une révision, voire une reconsidération sur la base de l'art. 53 LPGA de la décision du 18 janvier 2006, entrée en force. Or, manifestement, aucune des conditions légales de la révision ou de la reconsidération n'est remplie en l'espèce. Si l'assurée voulait contester les revenus sans invalidité et ceux d'invalidité pris en compte lors de la décision du 18 janvier 2006, sur la base des pièces produites, il lui était loisible de former recours contre la décision en question. A défaut de modification de l'état de santé ou de la capacité de travail, il ne se justifie pas de revoir les bases de calcul ayant fondé la décision du 18 janvier 2006.

10. Le recours, mal fondé, est donc rejeté.
11. L'émolument, fixé à 200 fr, est mis à la charge de la recourante, qui succombe (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE 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