RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE

POST TENEBRAS LUX

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3746/2020 **ATAS/63/2021**

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 2 février 2021

6ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée _____, à GENÈVE, représentée par Monsieur INCLUSION HANDICAP	recourante

contre

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

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1962, originaire d'Erythrée, mariée, titulaire d'une autorisation de séjour B, a exercé depuis le 8 décembre 1989 une activité d'aide-soignante auprès de l'établissement médico-social B_____(ci-après : l'employeur) à un taux de 100 %, puis de 80 % (32 heures par semaine soit 6 heures et 24 minutes par jour) depuis 1998 (selon le questionnaire pour l'employeur du 8 novembre 2001 et le courrier de l'employeur du 8 mars 2002).

2. Le 3 octobre 2001, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité.

3. Le 6 décembre 2001, la doctoresse C_____, FMH médecine interne, a diagnostiqué chez l'assurée un carcinome papillaire multifocal avec invasion d'une veine et lymphangite carcinomateuse, avec infiltration de la musculature adjacente p T4 Nx Mx status post 3 curithérapies sur goitre multinodulaire. Hypothyroïdie post chirurgicale substituée. Syndrome cervical important avec uncarthrose C4-C5. Fibromes vaginaux multiples avec saignement important et anémie ferriprive. Important état anxio-dépressif réactionnel.

4. Le 23 janvier 2002, le médecin-conseil de l'Office de l'assurance invalidité (ci-après : l'OAI) a estimé que l'assurée était en incapacité de travail totale et qu'il convenait d'effectuer une révision à 18 mois.

5. Par décisions du 1er juillet 2002 et 24 octobre 2002, l'OAI a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1er novembre 2001 au 31 mai 2002 et une demi-rente d'invalidité dès le 1er juin 2002, en constatant qu'elle avait repris son activité à 50 % dès le 16 janvier 2002.

6. L'employeur a indiqué une rémunération mensuelle de CHF 2'059.70 dès octobre 2002.

7. Le 11 février 2004, l'OAI a ouvert une procédure de révision.

8. Le 5 mars 2004, le Dr D_____, FMH endocrinologie, médecine interne, a indiqué que, suite au traitement du carcinome papillaire du pôle supérieur du lobe thyroïdien droit, sur un goitre multinodulaire, l'assurée n'était pas encore guérie et des scintigraphies sur plusieurs années seraient nécessaires ; elle présentait aussi un important état dépressif, probablement post-traumatique.

9. Le 11 mars 2004, la doctoresse E_____, FMH rhumatologie, médecine interne, a indiqué des cervicobrachialgies chroniques associées à des dorsolombalgies récidivantes, périarthrite d'épaule droite et épicondylite du coude droit récidivantes. Avec des traitements effectués régulièrement (physiothérapie, infiltrations locales, AINS per os), les douleurs étaient tout juste supportables. Il y avait une tendance globale à l'aggravation et la demi-rente était tout à fait justifiée, d'un point de vue rhumatologique.

10. Le 18 mars 2004, la Dresse C_____ a indiqué une aggravation de l'état de santé ; les cervicobrachialgies chroniques associées aux dorso-lombalgies, à la périarthrite

de l'épaule et l'épicondylite du coude avaient une influence toute particulière sur le travail de l'assurée qui devait déplacer des personnes lourdes et porter des charges, ceci depuis la reprise de son travail à 50 %.

11. Le 8 septembre 2004, la Dresse C_____ a indiqué un état stationnaire depuis mars 2004, avec une incapacité de travail de 50 %, surtout en raison des problèmes rhumatologiques.

12. Le 24 septembre 2004, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité.

13. Le 15 mars 2005, la Dresse E_____ a sollicité de l'OAI des mesures professionnelles, l'activité d'aide hospitalière étant très lourde ; l'assurée présentait les problèmes médicaux suivants : cervicobrachialgies chroniques, dorsolombalgies récidivantes, périarthrite de l'épaule droite et épicondylite du coude droit récidivantes. Status post carcinome papillaire multifocal p T4 Nx Mx avec status post 3 curiethérapies sur goitre multinodulaire en 2001 ; hypothyroïdie post chirurgicale substituée. Etat anxio-dépressif réactionnel. Cette demande a été enregistrée le 24 mars 2005.

14. Le 12 avril 2005, le médecin conseil de l'OAI a estimé que le travail d'aide-soignante n'était plus adapté et qu'il fallait envisager un travail plus léger, sans trop solliciter la nuque et l'épaule droite, à un taux de 50 %.

15. A la demande de l'OAI, la Dresse C_____ a indiqué le 19 mai 2006 que l'état de santé était stationnaire, avec un suivi de soutien psychique et somatique. La capacité de travail était de 50 %.

16. Le 11 juillet 2006, la réadaptation professionnelle de l'OAI a proposé de maintenir la demi-rente d'invalidité ; l'assurée travaillait à 40 % depuis 2002 comme aide-soignante, activité qui ne semblait pas adaptée à son état de santé mais que l'assurée souhaitait conserver.

17. Par décision du 18 septembre 2006, l'OAI a refusé l'octroi de mesure professionnelle.

18. Le 16 octobre 2008, l'OAI a entamé une procédure de révision.

19. Le 19 novembre 2008, l'employeur a indiqué que l'assurée travaillait à 40 % depuis le 1er octobre 2002, pour un salaire de CHF 2'213.70 x 12 avec une prime de fidélité de 82,5 %.

20. Le 19 novembre 2008, la Dresse E_____ a indiqué une tendance globale à l'aggravation, avec plus de douleurs et une tendance dépressive ainsi que l'apparition d'un syndrome du tunnel carpien.

21. Le 17 décembre 2009, la Dresse C_____ a indiqué un état de santé stationnaire et une capacité de travail de 40 % dans le poste occupé.

22. Le 23 décembre 2008, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité.

23. Le 5 janvier 2011, l'OAI a entamé une procédure de révision.

24. Le 17 février 2011, la Dresse C_____ a indiqué un état de santé stationnaire.

25. Le 23 février 2011, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité.

26. Le 19 décembre 2012, l'OAI a entamé une procédure de révision.

27. Le 6 mars 2013, la Dresse C_____ a indiqué une aggravation de l'état de santé, par une diminution de la force au membre supérieur droit, avec aggravation des douleurs et de la mobilité, depuis l'été 2012 jusqu'au début 2013. La capacité de travail était de 50 %.

28. Le 12 février 2013, l'employeur a attesté d'un salaire mensuel de CHF 2'241.66 x 13.

29. Le 18 février 2013, l'OAI a maintenu le droit de l'assurée à une demi-rente d'invalidité.

30. Le 27 février 2018, la Dresse D_____ a attesté d'une fonction thyroïdienne normale.

31. Le 31 janvier 2019, le docteur F_____, FMH neurologie, a attesté d'une symptomatologie de rhizarthrose bilatérale plus marquée à gauche et de tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule des deux côtés. L'ENMG des membres supérieurs montrait un discret ralentissement de la vitesse de conduction sensitive sur nerf médian gauche au carpe, sans autre anomalie.

32. Le 8 mai 2019, le service de rhumatologie des HUG a attesté d'arthromyalgies chroniques et omalgies bilatérales, avec capsulite rétractile droite ; l'ensemble des données cliniques étaient en faveur d'un syndrome douloureux chronique chez une patiente avec un syndrome anxio dépressif. Le syndrome douloureux chronique avait été confirmé le 19 juin 2019.

33. Le 10 mai 2019, la consultation de neurologie des HUG a posé les diagnostics de migraine sans aura (1.1 selon ICHD) avec composante cervicogène, syndrome douloureux chronique, probable trouble anxio dépressif, trouble cognitif subjectif (examen neuropsychologique du 25 mars 2019).

34. Le 25 juin 2019, l'employeur a indiqué une rémunération de l'assurée de CHF 2'392.40 x 13 par mois, pour un taux de 40 %, ainsi que CHF 262.20 par année d'indemnité pour vacances / jours fériés.

35. Le 30 juillet 2019, la consultation ambulatoire de la douleur des HUG a rappelé les diagnostics de douleurs chroniques articulaires secondaires à des troubles dégénératifs (cervicarthrose, rhizarthrose, gauche > droite, capsulite rétractile de l'épaule droite). Douleurs musculo-squelettiques chroniques primaires avec critères de fibromyalgie atteints. Céphalées chroniques secondaires à multiples facteurs (migraine, irradiation, cervicalgies, médicamenteux). Syndrome tunnel carpien gauche.

36. Le 2 août 2019, la Dresse C_____ a rempli un rapport médical initial pour l'assurance perte de gain maladie (ci-après : l'assurance), en mentionnant un syndrome douloureux chronique en phase de décompensation ; il existait des symptômes de polyarthralgie et polymyalgies connus de longue date.

37. Le 27 août 2019, elle a posé les diagnostics de syndrome douloureux chronique, douleur articulaire chronique, trouble dépressif, cervicarthrose, rhizarthrose capsulite rétractile de l'épaule droite, céphalées chroniques, neuropathie nerf cubital gauche, gonalgie sur gonarthrose et état dépressif réactionnel à toutes ces douleurs.

38. Le 4 septembre 2019, le centre de chirurgie et thérapie de la main a attesté d'une rhizarthrose à prédominance trapézo-métacarpienne nette, plus marquée à gauche qu'à droite, avec une synovite locale et une tendance à la déformation en Z, pas encore statique.

39. Le 17 octobre 2019, le médecin conseil de l'assurance a indiqué que l'incapacité de travail totale était justifiée pour les trois à six mois à venir et qu'une expertise rhumatologique pour préciser la capacité de travail résiduelle serait nécessaire.

40. Le 30 octobre 2019, l'assurée a déposé une demande de prestations d'invalidité en mentionnant une incapacité de travail totale depuis le 30 avril 2019, attestée par la Dresse C_____.

41. Le 3 décembre 2019, la consultation de la douleur des HUG a mentionné que malgré une majoration des douleurs, l'assurée décrivait une nette amélioration fonctionnelle.

42. A la demande de l'assurance, le CEMed, soit le docteur G_____, FMH rhumatologie, a rendu un rapport d'expertise le 6 février 2020, à la suite d'un examen de l'assurée du 9 janvier 2020.

    L'assurée se plaignait de douleurs ostéoarticulaires multiples et diffuses touchant les épaules, la région cervico scapulaire, le bas du dos, les mains et les genoux, un état d'épuisement avec un sommeil non réparateur, des troubles cognitifs, avec baisse de la concentration et de la mémoire.

    L'expert a posé les diagnostics de syndrome fibromyalgique, rhizarthrose bilatérale à prédominance gauche, périarthrite des épaules, syndrome du compartiment antérieur des deux genoux sur une arthrose débutante fémoro-tibiale interne et chondropathie rotulienne.

    Il fallait surtout noter la présence d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie, avec respect des critères ACR 1990 et 2010 associé à des symptômes de fatigue avec épuisement, de sommeil non réparateur et de troubles cognitifs.

    L'incapacité de travail totale était justifiée dans l'activité d'aide-soignante, relativement lourde, car les douleurs restaient relativement handicapantes. La présence de la conjonction d'une rhizarthrose algique bilatérale, de périarthrite des

épaules et de rachialgies dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique rendait peu probable la possibilité d'une reprise de travail dans une activité d'aide-soignante, qui restait une activité relativement lourde physiquement. L'assurée gardait une capacité de travail complète dans une activité adaptée.

43. A la demande de l'assurance, l'expert a précisé les limitations fonctionnelles de l'assurée le 5 mars 2020, soit éviter les mouvements répétitifs des bras au-dessus de l'horizontal avec des ports de charge dépassant 5kg, les positions du tronc penché en avant de façon persistante ou répétitive avec port de charge de plus de 8 à 10 kg, des activités nécessitant des préhensions manuelles nécessitant de la force et des activités nécessitant des accroupissements répétés.

44. L'assurée a été licenciée pour le 31 mai 2020.

45. Le 14 août 2020, le Dr H_____, du SMR, a rendu un avis médical. La capacité de travail était nulle comme aide-soignante dès le 30 avril 2019 et de 100 % dans une activité adaptée au lendemain de l'expertise du Dr G_____, le 10 janvier 2020, laquelle pouvait être suivie dans ses conclusions. La capacité de travail n'avait pas été clairement appréciée à l'époque.

46. Le 14 août 2020, l'OAI a fixé le degré d'invalidité de l'assurée à 39,63 % (revenu en 2019 sans invalidité de CHF 77'753.- et avec invalidité de CHF 46'938.-).

47. Par projet de décision du 14 août 2020, l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité, au motif que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans son activité habituelle dès le 30 avril 2019 et totale dans une activité adaptée dès le 1er janvier 2020 au moins. Le statut de l'assurée était mixte (78 % active et 22 % ménagère). Il n'existait pas d'empêchement dans la sphère ménagère. Le degré d'invalidité dans la sphère professionnelle était de 30,91 % (78 % x 39,63 %) arrondi à 31 %.

48. Le 14 octobre 2020, l'assurée, représentée par Inclusion handicap, a contesté le projet de décision de l'OAI. Sa situation médicale ne s'était pas modifiée ; l'expert avait constaté les mêmes atteintes que celles mises en évidence à l'époque et au cour des diverses procédures de révision ; il y avait même des nouvelles atteintes aux genoux, mains et poignets ; les conditions d'une révision ou d'une reconsidération n'étaient donc pas données.

49. Par décision du 16 octobre 2020, l'OAI a supprimé la demi-rente d'invalidité de l'assurée, en précisant qu'un recours à son encontre n'aurait pas d'effet suspensif.

50. Le 18 novembre 2020, la Dresse C_____ a écrit à l'OAI qu'elle ne comprenait pas la suppression de la rente d'invalidité chez l'assurée, dont l'état allait même en s'aggravant : une aide à domicile avait même dû être demandée car elle n'arrivait pas à assumer les simples tâches ménagères tant les douleurs étaient vives ; elle présentait un syndrome douloureux chronique avec presque tous les points douloureux de fibromyalgies (maladie souvent associée à des collagenoses dont on arrivait souvent pas à mettre en évidence selon son expérience), ces douleurs étaient aggravées par une capsulite retractile des deux épaules et une importante

dysquinesie de la ceinture scapulohumérale avec brachialgies. Il y avait des signes de conflit sous acromial avec bursite sousacromio-deltoïdienne. En plus, l'assurée présentait un syndrome cervical avec uncarthrose C4-C6 ce qui aggravait les brachialgies. Par ailleurs, elle présentait des douleurs des deux mains sur rhizarthose bilatérale qui avaient nécessité plusieurs infiltrations ; ces douleurs étaient aggravées par la présence d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral plus important à gauche. Depuis 2011 elle présentait une neuropathie du nerf cubital gauche. Toutes ces douleurs et dysfonctionnalités entrainaient un état anxiodépressif réactionnel important. Elle présentait aussi une ostéoporose qui s'était aggravée récemment. On avait mis aussi en évidence une gonarthrose bilatérale. Elle présentait des céphalées importantes multifactorielles sur migraine, irradiation des cervicalgies et céphalées de tension et hypertension artérielle et une hypertension artérielle depuis 2019. Dans ces antécédents qui l'avaient fortement marquée, elle avait présenté un carcinome papillaire thyroïdien qui avait nécessité trois cures de curithérapie.

51. Le 18 novembre 2020, l'assurée, représentée par Inclusion Handicap, a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision de l'OAI du 16 octobre 2020, en concluant à son annulation. L'expert avait procédé à une appréciation différente d'un même état de fait ; celui-ci s'était même aggravé, en présence de nouvelles atteintes. L'OAI ne pouvait se fonder sur cette expertise pour dire que l'état de santé s'était amélioré ; la restitution de l'effet suspensif au recours était requis.

52. Le 10 décembre 2020, l'OAI a conclu au rejet de la requête en restitution de l'effet suspensif. La capacité de travail de la recourante, était, selon l'expertise, de 100 % dans une activité adaptée, ce qui était corroboré par la Dresse C_____ qui disait que la recourante ne pouvait porter des charges (avis du 29 septembre 2019). Le recours n'était donc pas bien fondé.

53. Le 17 décembre 2020, l'OAI a conclu au rejet du recours. Les révisions de 2008, 2011 et 2013 avaient maintenu le droit à la rente sans examen matériel du dossier. En comparant les conclusions médicales du Dr G_____, probantes, avec l'examen médical effectué en 2002 (avis de la Dresse C_____ du 6 décembre 2001), la situation avait subi des modifications notables, le carcinome et l'hypothyroïdie n'étant plus d'actualité.

54. Le 18 décembre 2020, l'assurée a indiqué qu'elle transmettrait des rapports médicaux. Un délai pour répliquer lui a été imparti au 28 janvier 2021, prolongé à sa demande au 18 février 2021.

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 1er 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.

3. Le 1er janvier 2021 est entrée en vigueur la modification du 21 juin 2019 de la LPGA. Toutefois, dans la mesure où le présent recours était, au 1er janvier 2021, pendant devant la chambre de céans, il reste soumis à l'ancien droit (cf. art. 83 LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la de loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

5. Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la demi-rente d'invalidité de la recourante et, préalablement, sur la question de la restitution de l'effet suspensif au recours.

6. a. Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA, les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré.

   La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral. Est réservé l'art. 97 LAVS relatif au retrait de l'effet suspensif pour les recours formés contre les décisions des caisses de compensation. Aux termes de l'art. 97 LAVS, applicable par analogie à l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 66 LAI (dispositions applicables en l'espèce, dans leur nouvelle teneur en vigueur depuis le 1er janvier 2003), la caisse de compensation peut, dans sa décision, prévoir qu'un recours éventuel n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire; au surplus, l'art. 55 al. 2 à 4 PA est applicable.

   D'après la jurisprudence relative à l'art. 55 al. 1 PA, à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt P. du 24 février 2004, I 46/04), la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués

à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références; ATFA du 19 septembre 2006, I 439/06).

b. Dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée, il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 p. 507 et les références; voir également arrêt I 267/98 du 22 octobre 1998, in VSI 2000 p. 184; HANSJÖRG SEILER, in Praxiskommentar zum VwVG, n° 103 ad art. 55 PA).

7. En l'occurrence, il convient d'examiner si, en l'état du dossier, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent être prise en considération.

8. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle: une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1er 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 1er 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).

Tout changement important des circonstances propres 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. 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 des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). 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).

9. 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 1er janvier 2008).

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 (art. 28 al. 2 LAI).

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. 28 al. 2 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).

10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

    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 (ATF 125 V 351 consid. 3).

11. Une révision peut se justifier lorsqu'un autre mode d'évaluation de l'invalidité est applicable. Le Tribunal fédéral des assurances a en effet maintes fois jugé que la méthode d'évaluation de l'invalidité valable à un moment donné ne saurait préjuger le futur statut juridique de l'assuré, mais qu'il pouvait arriver que dans un cas d'espèce le critère de l'incapacité de gain (art. 28 al. 2 aLAI; 16 LPGA) succède à celui de l'empêchement d'accomplir ses travaux habituels (art. 5 al. 1 aLAI, art. 8 al. 3 et 16 LPGA) ou inversement (ATF 113 V 273 consid. 1a). 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 y a lieu d'examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI; RS 831.201) et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. 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. En pratique, on tiendra compte de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, en admettant la reprise hypothétique d'une activité lucrative partielle ou complète, si cette éventualité présente un degré de vraisemblance prépondérante (ATF 125 V 150 consid. 2c; ATF 117 V 194 consid. 3b et les références).

12. a. En vertu de l'art. 53 al. 2 LPGA, 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. Cette réglementation l'emporte sur celle de la révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 368 consid. 2 et les références).

b. 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. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c; ATF 115 V 308 consid. 4a/cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement si elle a été rendue sur la base de normes fausses ou non pertinentes, mais encore lorsque les dispositions pertinentes n'ont pas été appliquées ou qu'elles l'ont été de manière erronée (arrêt du Tribunal fédéral 9C_187/2007 du 30 avril 2008 consid. 4.3). Tel est notamment le cas lorsque l'administration a accordé une rente d'invalidité au mépris du principe de la priorité de la réadaptation sur la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 5.2). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation 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. Le caractère inexact de l'appréciation doit bien plutôt résulter de l'ignorance ou de l'absence – à l'époque – de preuves de faits essentiels

(arrêt du Tribunal fédéral 9C_76/2010 du 24 août 2011 consid. 4.2). 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 initiale paraît admissible compte tenu de la situation antérieure de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêt du Tribunal fédéral 9C_71/2008 du 14 mars 2008 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances U 5/07 du 9 janvier 2008 consid. 5.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1). De jurisprudence constante, une appréciation médicale différente ultérieure ne suffit pas pour faire apparaître comme manifestement erronée une décision initiale (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 512/05 du 3 mai 2006 consid. 4.2).

13. a. En l'occurrence, l'intimé a supprimé la demi-rente d'invalidité qui était allouée à la recourante depuis le 1er juin 2002, en effectuant un calcul qui tient compte de deux éléments modifiés, soit, d'une part, le statut de la recourante, qu'il a estimé être dorénavant mixte (78 % active et 22 % ménagère) au lieu d'active et, d'autre part, la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée, qu'il a estimée être de 100 % au lieu de 50 % précédemment retenu.

    b. S'agissant du statut de la recourante, lors de la première décision de rente du 1er juillet 2002, l'intimé a bien retenu un statut d'active à 100 %, même si la décision de rente n'est pas explicite à cet égard. En effet, la perte de gain de 50 % a donné droit à une demi-rente d'invalidité, fondée sur un degré d'invalidité de 50 %, ce qui impliquait la reconnaissance d'un statut d'active de la recourante. La perte de gain de 50 % n'a, en particulier, pas été rapportée à une part professionnelle de 80 %, voire de 78 %.

    Dans son nouveau calcul, l'intimé a retenu un statut mixte de la recourante, active à 78 % et ménagère à 22 %. Or, l'intimé a tout d'abord considéré à tort que la recourante exerçait une activité de 31,2 heures par semaine alors que celle-ci est de 32 heures par semaine. En effet la recourante a travaillé depuis 1998, à un taux de 80 %, soit à raison de 32 heures par semaine (ou 6 heures et 24 minutes par jour) alors que l'horaire normal de travail était de 40 heures par semaine (cf. questionnaire pour l'employeur du 8 novembre 2001, courrier de l'employeur du 8 mai 2002 et rapport de la réadaptation professionnelle du 11 juillet 2006). Son taux de travail n'était donc pas de 78 % mais de 80 %. Ensuite, l'intimé ne s'est pas prononcé sur les motifs qui pourraient justifier la prise en compte d'un nouveau statut de la recourante, soit mixte au lieu d'active.

    A cet égard, la situation de la recourante n'a pas évolué au cours des années qui ont suivi l'octroi de la demi-rente d'invalidité. Par ailleurs, l'attribution d'un statut d'active à 100 % ne paraît pas manifestement erroné, compte tenu d'une activité exercée à un taux de 100 % du 8 décembre 1989 à 1998 et réduite à 80 % par la

suite, pour des motifs de santé (rapport de la réadaptation professionnelle du 11 juillet 2006 p. 4 et 5).

Le changement de calcul opéré par l'intimé n'est ainsi pas justifié.

c. S'agissant de l'appréciation de la capacité de travail de la recourante dans une activité adaptée à son état de santé, il convient tout d'abord de déterminer la dernière décision de l'intimé qui reposait sur un examen matériel du droit à la rente, afin de fixer le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité, puis de comparer les circonstances qui prévalaient lors de cette décision et lors de la décision litigieuse.

c/aa. L'intimé estime à cet égard qu'il s'agit de la première décision de rente du 1er juillet 2002. Or, suite à celle-ci, l'intimé a mené plusieurs procédures de révision, les 11 février 2004, 16 octobre 2008, 5 janvier 2011, 19 décembre 2012 et, enfin, le 30 octobre 2019, dernière procédure ayant abouti à la décision litigieuse.

S'agissant des deux dernières procédures de révision des 5 janvier 2011 et 19 décembre 2012 ayant abouti aux communications respectivement des 23 février 2011 et 18 février 2013, elles se sont fondées sur un rapport médical intermédiaire de la Dresse C_____ (respectivement des 6 février 2013 et 17 février 2011). Il est ainsi douteux que ces deux dernières révisions, fondées sur un simple rapport du médecin traitant attestant d'un état de santé stationnaire (sous réserve d'une aggravation passagère fin 2012), avec maintien d'une capacité de travail de 40 % comme aide-soignante, puissent être considérées comme comprenant un examen matériel du droit à la rente.

En revanche, la procédure de révision du 16 octobre 2008, ayant abouti à la communication du 23 décembre 2008, s'est fondée sur un rapport médical intermédiaire de la Dresse E_____ (du 19 novembre 2008) et de la Dresse C_____ (du 17 décembre 2008) et a fait suite à un mandat de réadaptation. En effet, la recourante avait requis le 24 mars 2005 d'être mise au bénéfice de mesures professionnelles, l'activité d'aide-soignante étant jugée inadaptée par la Dresse E_____ (avis du 15 mars 2005). A cette occasion, le médecin-conseil de l'intimé avait estimé que le travail d'aide-soignante ne convenait plus et que la recourante présentait une capacité de travail de 50 % dans une activité légère (avis du 12 avril 2005). La Dresse C_____ a également donné des renseignements médicaux (avis du 19 mai 2006) et la réadaptation professionnelle de l'intimé a rendu un rapport le 11 juillet 2006, après avoir reçu la recourante le 10 juillet 2006, concluant au statu quo avec maintien de la demi-rente d'invalidité, la recourante ayant émis le souhait de continuer son activité d'aide-soignante.

La communication du 23 décembre 2008 a ainsi pris en compte tant l'instruction médicale que les démarches de la réadaptation professionnelle effectuées depuis la demande du 24 mars 2005, de sorte qu'il convient d'admettre qu'elle repose sur un examen matériel du droit à la rente (cf. à cet égard arrêt du Tribunal fédéral 9C 860/2008 du 19 février 2009 admettant qu'un prononcé administratif qui a été

précédé d'une mise en œuvre d'une mesure d'ordre professionnel repose sur un examen matériel du droit à la rente).

Il convient en conséquence de comparer la situation de la recourante prévalant en décembre 2008 avec celle prévalant en octobre 2020.

c/bb. Il ressort de la procédure de révision de 2008 les éléments médicaux suivants :

La recourante présentait des cervicobrachialgies chroniques, dorsolombalgies récidivantes, périarthrite de l'épaule droite et épicondylite du coude droit récidivantes ; status post carcinome papillaire multifocal p T4 Nx Mx avec status post 3 curithérapies, sur goitre multinodulaire en 2001 ; hypothyroïdie post chirurgicale substituée ; état anxio-dépressif réactionnel (avis de la Dresse E_____ du 15 mars 2005). Elle présentait une tendance à l'aggravation avec les années, avec plus de douleurs et une tendance dépressive, sans amélioration possible à long terme. La recourante devait fréquemment changer de position et ne pas porter de lourdes charges (avis de la Dresse E_____ du 19 novembre 2008). Elle ne pouvait effectuer un travail lourd. Elle présentait des limitations au bras droit, à la nuque à droite, des lombalgies et une sciatique droite ; il existait aussi un état dépressif modéré stationnaire. Son état était stationnaire (avis de la Dresse C_____ des 19 mai 2006 et 17 décembre 2008). Dans son rapport médical détaillé du 17 mars 2004, la Dresse C_____ avait alors indiqué une aggravation de l'état de santé, soit du problème rhumatologique, avec, au titre d'atteinte avec une influence sur la capacité de travail, des cervico-brachialgies chroniques associées aux dorso-lombalgies, une périarthrite de l'épaule et une épicondylite du coude. Quant au médecin-conseil de l'intimé, il a considéré que l'activité d'aide-soignante n'était plus exigible en raison de l'atteinte cervicale et de l'épaule et que la capacité de travail était de 50 % dans une activité légère, sans trop solliciter la nuque et l'épaule droite (avis du 12 avril 2005).

Au vu de ces éléments le droit à une demi-rente d'invalidé a été maintenu par l'intimé le 23 décembre 2008.

Dans le cadre de la dernière procédure de révision, l'expertise du Dr G_____ du 9 janvier 2020, à laquelle s'est rallié le SMR le 14 août 2020, ne fait état d'aucune amélioration de l'état de santé de la recourante.

En effet, les données subjectives mentionnent que la recourante se plaint depuis plus de quinze ans de douleurs ostéoarticulaires multiples qui se sont étendues depuis quelques années au bas du dos, aux mains et aux genoux, d'un état d'épuisement avec un sommeil non réparateur, de trouble cognitifs, avec baisse de la concentration et de la mémoire, d'anxiété et de dépression. Les diagnostics posés sont ceux de syndrome fibromyalgique, rhyzarthrose bilatérale à prédominance gauche, périarthrite des épaules, syndrome du compartiment antérieur des deux genoux sur une arthrose débutante fémoro-tibiale interne et chondropathie rotulienne. L'expert relève qu'il faut noter surtout la présence d'un syndrome douloureux chronique de type fibromyalgie avec respect des critères ACR 1990 et

2010, associé à des symptômes de fatigue avec épuisement, de sommeil non réparateur et de troubles cognitifs. Il souligne la présence de douleurs chroniques de longue date et d'une décompensation du syndrome chronique en avril 2019 ; malgré une amélioration fonctionnelle décrite par la consultation de la douleur, les douleurs restaient relativement handicapante par rapport à une activité d'aide-soignante. La conjonction d'une rhizarthrose algique bilatérale, de périarthrite des épaules et de rachialgies dans le cadre d'un syndrome douloureux chronique, rendait peu probable la possibilité d'une reprise de travail dans une activité d'aide-soignante, qui restait une activité relativement lourde physiquement.

Ainsi, du point de vue rhumatologique, aucune amélioration significative de l'état de santé de la recourante n'a été mise en avant par le Dr G_____, lequel a même envisagé une décompensation du syndrome douloureux dès avril 2019 ainsi que des atteintes nouvelles aux mains, poignets et genoux, dans un contexte de syndrome de fatigue, d'épuisement, de sommeil non réparateur et de troubles cognitifs.

L'intimé, qui se fonde, pour comparer l'état de santé de la recourante, sur l'évaluation effectuée en 2002, ne mentionne d'ailleurs aucune amélioration sur le plan rhumatologique, mais uniquement la disparition du carcinome et de l'hypothyroïdie. Or, celles-ci n'ont pas motivé l'estimation de la capacité de travail résiduelle effectuée le 12 avril 2005 par le médecin-conseil de l'intimé, lequel l'a fixée à 50 % dans une activité légère adaptée, pour des motifs rhumatologiques (atteinte cervicale et à l'épaule droite), qui n'apparaissent pas, au vu de l'instruction menée par l'intimé, manifestement erronés.

L'état de santé de la recourante ne s'est ainsi pas amélioré. Il n'y a donc pas lieu de retenir l'évaluation de la capacité de travail effectuée par l'expert en 2020, soit de 100 % dans une activité adaptée aux limitations fonctionnelles, à la place de celle effectuée par le médecin-conseil de l'intimé en 2005 - soit de 50 % dans une telle activité adaptée et ayant abouti, en tenant compte de l'avis des médecins traitants, au maintien, le 23 décembre 2008, de la demi-rente d'invalidité de la recourante - celle de l'expert G_____ devant être qualifiée de nouvelle appréciation du cas, au sens de la jurisprudence précitée.

d. Au vu de ce qui précède, il n'existe, selon toute vraisemblance, aucun changement notable des circonstances entre décembre 2008 et octobre 2020 permettant de supprimer le droit à la demi-rente d'invalidité de la recourante.

14. a. Partant, la pesée des intérêts en présence conduit à restituer l'effet suspensif au recours.

b. Une indemnité de CHF 1'000.- sera allouée à la recourante, pour la procédure de demande de restitution de l'effet suspensif.

PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Préalablement :

2. Restitue l'effet suspensif au recours.
3. Alloue une indemnité à la recourante de CHF 1'000.-, à la charge de l'intimé.
4. Réserve le fond.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière	La présidente
Julia BARRY	Valérie MONTANI

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