

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/4258/2007

ATAS/1124/2009

**ARRET**

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES  
ASSURANCES SOCIALES**

**Chambre 1**

**du 15 septembre 2009**

En la cause

Madame J\_\_\_\_\_, domiciliée à Châtelaine, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître ZWAHLEN Guy

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue  
de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Doris WANGELER, Présidente; Evelyn BOUCHAARA et Christine  
TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame J \_\_\_\_\_, ressortissante espagnole née en 1951, est arrivée en Suisse en 1987. Elle était titulaire d'un diplôme de coiffure espagnol mais a exercé dès son entrée en Suisse la profession de nettoyeuse.
2. En date du 1<sup>er</sup> février 2000, elle a subi un accident, chutant sur le poignet gauche. Le Dr L \_\_\_\_\_, médecin traitant généraliste, a diagnostiqué une contusion de la main et du poignet gauches ainsi qu'une contusion du genou droit (cf. rapport du Dr L \_\_\_\_\_ du 8 mars 2000 à la SUVA, assurance-accidents de l'employeur). L'accident a été pris en charge par la SUVA.
3. Le 29 octobre 2001, l'assurée a fait une nouvelle chute et fut victime d'une distorsion de la cheville ainsi que d'un arrachement de la malléole externe gauche.
4. Dans un rapport du 2 juin 2003, le Dr M \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main aux Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après les HUG), a diagnostiqué "une arthrose trapézo-métacarpienne post-traumatique". L'assurée présentait une incapacité totale de travail.
5. En date du 22 août 2003, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OCAI), en raison d'une lésion au pouce gauche. Dans le cadre de cette demande, cet office a rassemblé diverses attestations médicales.
6. Dans un rapport du 17 septembre 2003, le Dr M \_\_\_\_\_ a diagnostiqué une rhizarthrose post-traumatique stade III en 2000 ainsi qu'une névralgie de la branche sensitive du nerf médian depuis le 10 juin 2003. L'état de santé était stationnaire, l'incapacité de travail toujours totale et des mesures professionnelles étaient indiquées. L'activité actuelle n'était plus exigible et il n'était pas possible pour le moment d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales, en raison de l'état névralgique qui limitait toute activité.
7. Dans un rapport du 26 septembre 2004, le Dr M \_\_\_\_\_ a indiqué qu'une activité adaptée serait exigible de la part de l'assurée. Il fallait éviter le serrage, l'utilisation répétée de la main et du pouce gauches, le port de lourdes charges et les mouvements répétitifs. La patiente pouvait tenir la position assise et la position debout. La capacité de travail dans la profession habituelle était nulle depuis le 29 octobre 2002.
8. Dans un rapport du 24 novembre 2003, le Dr N \_\_\_\_\_, nouveau médecin généraliste traitant, a diagnostiqué "une hypertension artérielle, un syndrome du canal carpien gauche opéré avec des séquelles (douleurs chroniques), ainsi qu'une dépression chronique depuis 2001". L'incapacité de travail était totale depuis le

31 octobre 2001 et l'état de santé s'aggravait. Un examen médical complémentaire était nécessaire. Ce médecin a précisé qu'il était possible d'améliorer la capacité de travail par des mesures médicales. Il fallait s'attendre à une diminution de rendement. L'assurée devait alterner les positions assises/debout, l'utilisation des bras était limitée et le port de charges interdit.

9. Par communication du 6 décembre 2004, l'OCAI a informé l'assurée de l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 25 octobre 2003.
10. Par décision du 7 décembre 2004, l'OCAI lui a en revanche refusé l'octroi de mesures professionnelles.
11. Dans un rapport final du 11 février 2005, le Dr O \_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie et médecin d'arrondissement de la SUVA, a exposé que la patiente ne pouvait exercer de mouvements de préhension, de travaux de force et le port de charges moyennes à lourdes était prohibé. En principe, dans le cadre d'une activité adaptée, respectant ces limitations fonctionnelles, celle-ci pourrait avoir une activité complète.
12. Par courrier du 9 août 2005, l'OCAI a informé l'assurée de l'ouverture d'une procédure de révision.
13. Par décision du 15 août 2005, l'OCAI a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003, confirmant sa communication du 6 décembre 2004.
14. Dans un rapport du 25 août 2005, le Dr N \_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics, depuis l'année 2000.
15. Par courrier du 29 août 2005, l'assurée a contesté le montant de la rente, sollicitant la prise en compte de 16 ans et 3 mois de cotisations et non de 15 ans et 5 mois.
16. Par décision du 8 novembre 2005, l'OCAI a rejeté l'opposition de l'assurée, indiquant que la durée de cotisation déterminante pour le calcul de la moyenne des revenus des activités lucratives s'élevait à 15 années et 5 mois, durée à laquelle avaient été ajoutés 10 mois correspondant à la période de cotisation entre le 31 décembre de l'année précédant l'événement assuré et la naissance du droit à la rente, mois qui ne pouvaient être pris en considération pour combler des lacunes de cotisations et dont les revenus de l'activité lucrative réalisée ne comptaient pas lors du calcul de la rente.
17. Par décision du 23 décembre 2005, la SUVA a octroyé à l'assurée une rente d'invalidité basée sur un degré de 19% et une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 10%.

18. Dans le cadre de la procédure de révision, l'assurée a été soumise à une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, conduite par le Centre d'expertise médicale de l'assurance-invalidité (ci-après le COMAI) les 1<sup>er</sup> et 2 novembre 2006. Dans leur rapport du 13 décembre 2006, les experts ont diagnostiqué un status après résection suspension interposition trapézo-métacarpienne le 29 octobre 2002 au niveau du pouce de la main gauche et un status après révision articulaire des calcifications ectopiques du pouce gauche le 10 juin 2003, ainsi qu'une gonarthrose gauche interne sévère avec une réaction inflammatoire. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une hypertension artérielle essentiellement substituée ainsi qu'une obésité. Aucun diagnostic psychiatrique n'a été retenu. L'expertisée se trouvait dans une tonalité positive dominante. Il n'y avait aucune tristesse ni anxiété. L'assurée présentait une totale incapacité de travail au plan somatique et une capacité de travail entière au plan psychique.
19. Dans un avis du 23 janvier 2007, la Dresse P\_\_\_\_\_, spécialiste en chirurgie de la main et médecin au Service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après le SMR) a indiqué, sur la base de l'expertise, que si l'on tenait compte des limitations fonctionnelles, rien ne s'opposait à ce qu'une capacité de travail restât exigible dans une activité adaptée. Une diminution de rendement de 20% pouvait être justifiée en 2005 par les douleurs encore constantes, mais n'était plus justifiée dès décembre 2006, en l'absence de pathologie psychiatrique invalidante et en l'absence de douleurs lorsque la main gauche n'était pas sollicitée. Les limitations étaient les suivantes : pas de montées et descentes répétées, pas de marche sur sol irrégulier, pas de longs déplacements, pas de travaux de force ni de port de charges moyennes à lourdes, pas de mouvements de préhension ni de pince pouce-index, pas de gestes fins et précis. Ainsi, depuis le 10 février 2005, l'expertisée présentait une capacité résiduelle de travail de 80% dans une activité adaptée et de 100% dès le 13 décembre 2006.
20. Dans un rapport du 3 avril 2007, le Service de réadaptation professionnelle de l'OCAI a procédé à la comparaison des revenus avant invalidité de 47'106 fr. et après invalidité de 39'296 fr. (49'120 fr. avec réduction de 20% en raison des limitations fonctionnelles), dont il découlait un degré d'invalidité de 16,6% n'ouvrant pas droit à une rente.
21. Dans un projet de décision du 10 avril 2007, l'OCAI a proposé la suppression de la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification de la décision.
22. Dans un rapport du 27 avril 2007, un médecin des HUG, Département de chirurgie, a diagnostiqué une gonarthrose du genou gauche. L'état de santé était stationnaire, la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales et des mesures professionnelles étaient indiquées.

23. Dans un rapport du 13 juin 2007, le Dr Q\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine orthopédique aux HUG, a diagnostiqué une gonarthrose fémoro-tibiale interne sévère (grade III sur plateau tibial interne et grade IV sur le condyle interne) et un genu varum. L'état de santé était stationnaire et pouvait être amélioré par des mesures médicales et des mesures professionnelles. Une arthroscopie diagnostique et un lavage avaient été effectués le 23 avril 2007.
24. Dans un rapport du 22 août 2007, le Dr R\_\_\_\_\_, spécialiste en médecine interne au Département de chirurgie des HUG, a indiqué que la position debout et le port de charges importantes étaient à éviter. Le taux de capacité de travail pourrait être théoriquement de 100% pour une activité ne sollicitant pas les genoux, comme du travail de bureau. L'activité de nettoyeuse n'était pas favorable à une bonne évolution des douleurs. Le taux d'activité que pourrait pratiquer la patiente serait fonction de son confort et des douleurs.
25. Dans un avis du 10 septembre 2007, la Dresse P\_\_\_\_\_ a indiqué que les nouveaux renseignements médicaux n'apportaient pas de changement à l'estimation du SMR car l'arthroscopie pratiquée le 23 avril 2007 n'avait pas modifié les limitations fonctionnelles. La capacité de travail restait nulle dans l'activité antérieure et entière dans une activité adaptée.
26. Par décision du 5 octobre 2007, l'OCAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de la décision.
27. Par courrier du 6 novembre 2007, l'assurée a recouru contre cette décision auprès du Tribunal de céans, concluant, sous suite de dépens, au maintien de sa rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2007. Elle a fait valoir qu'elle avait été soumise à une expertise bidisciplinaire et que les experts avaient conclu à une incapacité totale de travail dans toute activité. L'intimé aurait dû suivre les experts et constater que même si les problèmes psychiatriques ne donnaient plus lieu à des incapacités de travail, il n'en était pas de même pour les problèmes physiques, qui s'étaient en réalité aggravés. Par ailleurs, même si l'on suivait l'OCAI, il convenait de constater que le montant du revenu sans invalidité retenu était erroné, puisqu'il ne prenait pas en compte le versement d'un 13<sup>e</sup> salaire. C'était par conséquent un revenu de 53'213 fr. 30 sans invalidité et non pas de 49'120 fr. qu'il fallait prendre en compte. Quant au salaire après invalidité, il convenait de retenir un maximum de 30'000 fr. sur lequel il y avait lieu d'appliquer la réduction de 20% pour diminution de rendement, dont il résultait un salaire exigible de 24'000 fr. De la comparaison des revenus avant et après invalidité découlait ainsi un degré d'invalidité de 54,9% qui donnait droit au minimum à une demi-rente d'invalidité.
28. Par courrier du 16 novembre 2007, l'assurée a transmis au Tribunal de céans une attestation du Dr R\_\_\_\_\_ des HUG.

29. Dans sa réponse du 20 décembre 2007, l'OCAI, concluant au rejet du recours, s'est référé aux pièces du dossier.
30. Par arrêt du 1<sup>er</sup> avril 2008 (ATAS/376/2008), le Tribunal de céans a rejeté le recours, au motif que la décision initiale de l'OCAI du 15 août 2005 était manifestement erronée et pouvait être revue par la voie de la reconsidération.
31. Par acte du 6 mai 2008, l'assurée a recouru auprès du Tribunal fédéral concluant au maintien de sa rente entière d'invalidité.
32. Par arrêt du 12 février 2009 (9C\_394/2008), le Tribunal fédéral a admis le recours et renvoyé la cause au Tribunal de céans au motif que le droit d'être entendu de la recourante avait été violé, cette dernière n'ayant pas été formellement avertie de la substitution de motifs envisagée et n'ayant pu se déterminer.
33. Par courriers du 5 mars 2009, le Tribunal de céans a octroyé aux parties un délai pour se déterminer s'agissant de la substitution de motifs envisagée.
34. Dans des observations du 29 avril 2009, la recourante a fait valoir qu'elle avait présenté une incapacité totale de travail depuis octobre 2002, selon ses médecins traitants. Par ailleurs, l'expertise COMAI qui avait conclu à une totale incapacité de travail sur le plan physique avait pleine valeur probante et ses conclusions devaient être suivies. La seule médecin considérant que sa capacité sur le plan somatique était complète était la Dresse P\_\_\_\_\_ du SMR, laquelle n'avait, à l'époque de son avis, pas le droit de pratique, ce qui avait comme conséquence que la valeur probante dudit avis était amoindrie. Il convenait ainsi de constater que la recourante présentait depuis octobre 2002 une totale incapacité de travail qui donnait droit à l'octroi d'une rente entière d'invalidité.
35. Par courrier du 4 juin 2009, la recourante a transmis au Tribunal de céans plusieurs attestations médicales faisant état notamment d'une apnée obstructive du sommeil, entraînant une somnolence diurne invalidante.
36. Dans ses observations du 16 juillet 2009, l'OCAI, se référant à un avis du SMR (Dr GUTMANN) du 13 juillet 2009, a indiqué que les nouvelles attestations médicales versées au dossier n'étaient pas susceptibles de remettre en cause ses précédentes conclusions. Il fallait dès lors considérer que la recourante présentait une pleine capacité de travail dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
37. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

## **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la Loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. Le Tribunal de céans constate que le recours, interjeté dans les formes et délai légaux prévus par l'art. 60 LPGA est recevable.
3. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable au cas d'espèce.
4. Il convient en l'occurrence de déterminer si la décision initiale de l'OCAI (octroi d'une rente entière d'invalidité) peut être réexaminée par la voie de la révision ou par celle de la reconsidération.

a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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).

b) La plupart des éventualités assurées (par exemple la maladie, l'accident, l'incapacité de travail, l'invalidité, l'atteinte à l'intégrité physique ou mentale) supposent l'instruction de faits d'ordre médical. Or, pour pouvoir établir le droit de l'assuré à des prestations, l'administration ou le juge a besoin de documents que le médecin doit lui fournir. L'appréciation des données médicales revêt ainsi une importance d'autant plus grande dans ce contexte. Lors de l'évaluation de l'invalidité, la tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261, consid. 4, et la jurisprudence citée).

c) L'entrée en vigueur de la 4ème révision de la LAI a modifié la teneur de l'art. 28 al. 1 LAI à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2004 relatif à l'échelonnement des rentes selon le taux d'invalidité. Alors qu'une rente entière était accordée auparavant à un assuré dès que le degré d'invalidité atteignait 66 2/3 %, cette disposition prévoit désormais d'octroyer un trois-quarts de rente à un assuré présentant un degré d'invalidité d'au moins 60 % et une rente entière à celui dont le taux est supérieur à 70 %, les conditions relatives à l'octroi d'un quart ou d'une demi-rente demeurant inchangées. Les principes développés jusqu'alors par la jurisprudence en matière d'évaluation de l'invalidité conservent leur validité, que ce soit sous l'empire de la LPGGA ou de la 4ème révision de la LAI (ATF 130 V 348 consid. 3.4; ATFA non publiés du 17 mai 2005, I 7/05, consid. 2, du 6 septembre 2004, I 249/04, consid. 4).

d) Selon l'art. 17 LPGGA, 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 LPGGA. 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 LPGGA 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).

e) Selon l'art. 53 LPGGA, les décisions et les décisions sur opposition formellement passées en force sont soumises à révision si l'assuré ou l'assureur découvre subséquentement 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 LPGGA 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 LPGGA, 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 (ATFA non publié du 19 décembre 2002, I 222/02, consid. 3.2, et les références).

Dans un ATF non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (ci-après le TFA) a jugé que l'Office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée.

Dans un ATF non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'Office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'Office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne

rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ».

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

g) 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 TFA 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).

Le juge ne s'écarte en principe pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le Tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire

sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 352 consid. 3b/aa et les références).

5. Il y a lieu de déterminer en l'espèce si le taux d'invalidité a subi une modification notable après la décision initiale au sens de l'art. 17 LPGA.

Selon les conclusions de l'expertise bidisciplinaire à laquelle a été soumise l'assurée, celle-ci présente une totale incapacité de travail au plan somatique et une capacité de travail entière au plan psychique. À cet égard, il convient de constater que cette expertise, complète et dont les conclusions sont motivées, a pleine valeur probante au sens de la jurisprudence du Tribunal fédéral.

Cependant, singulièrement, les conclusions de cette expertise ont été remises en cause par plusieurs médecins des HUG, qui estiment au contraire la capacité de travail de l'assurée complète dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.

À cet égard, le Dr Q\_\_\_\_\_ des HUG estime que l'état de santé de l'assurée est stationnaire et peut être amélioré par des mesures médicales et des mesures professionnelles (rapport du 13 juin 2007). Le Dr R\_\_\_\_\_, également médecin aux HUG, estime aussi que le taux de capacité de travail pourrait être théoriquement de 100% pour une activité ne sollicitant pas les genoux, comme du travail de bureau (rapport du 22 août 2007). S'agissant de ces deux derniers avis, l'on peut se demander si ces médecins ont pris en compte l'atteinte au pouce pour déterminer la capacité de travail. Cependant, s'agissant de cette atteinte, le médecin de l'assurance-accidents, la SUVA, a également constaté qu'une activité complète pourrait être possible, qui respecterait les limitations fonctionnelles liées à l'atteinte du pouce (rapport du Dr O\_\_\_\_\_ du 11 février 2005). Il convient ici de relever que la SUVA a octroyé à la recourante une rente d'invalidité basée sur un degré de 19 %, issu de la comparaison des revenus avant et après invalidité, basé sur une entière capacité résiduelle de travail.

Partant, ces multiples avis médicaux issus de médecins travaillant aux HUG convainquent le Tribunal de céans, qui s'écartera par conséquent des conclusions de l'expertise du 13 décembre 2006. Ainsi, il sera retenu que la recourante présente actuellement une pleine capacité résiduelle de travail, dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, à savoir pas de mouvement de préhension, pas de travaux de force, pas de port de charges moyennes à lourdes, pas d'activité sollicitant les genoux.

6. Il y a lieu de rappeler que par décision du 15 août 2005, l'assurance-invalidité a octroyé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> octobre 2003. À cette époque, l'assurée présentait une rhizarthrose post-traumatique stade III en 2000 ainsi qu'une névralgie de la branche sensitive du nerf médian depuis le 10 juin 2003, selon le Dr M\_\_\_\_\_ (rapport du 17 septembre 2003). Le Dr

N\_\_\_\_\_ avait quant à lui diagnostiqué de surcroît une hypertension artérielle et une dépression chronique (rapport du 24 novembre 2003).

Lors de la procédure de révision, le Dr N\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de sa patiente était resté stationnaire, sans changement dans les diagnostics, depuis l'année 2000 (rapport du 25 août 2005). Les experts qui ont examiné l'assurée ont diagnostiqué un status après résection suspension interposition trapézo-métacarpienne le 29 octobre 2002 au niveau du pouce de la main gauche et un status après révision articulaire des calcifications ectopiques du pouce gauche le 10 juin 2003, ainsi qu'une gonarthrose gauche interne sévère avec une réaction inflammatoire. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient une hypertension artérielle essentiellement substituée ainsi qu'une obésité. Aucun diagnostic psychiatrique n'avait été retenu.

Il convient ainsi de constater que l'état de santé de la recourante s'est amélioré d'un point de vue psychique, ce qui n'est pas le cas d'un point de vue somatique, puisqu'un nouveau diagnostic s'ajoute à ceux précédemment retenus, à savoir une gonarthrose gauche interne sévère. Dès lors, il n'est pas possible de retenir qu'une amélioration notable de l'état de santé s'est produite, ayant une répercussion sur la capacité de travail et pouvant justifier une révision du droit à la rente sous l'angle de l'art. 17 LPGA.

7. Reste à établir si la décision initiale de l'OCAI peut être revue par la voie de la reconsidération. Il convient pour ce faire de déterminer si celle-ci était à l'époque manifestement erronée ou pas.

La rente d'invalidité avait été octroyée à la recourante sur la base des rapports des Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_.

Or, dans son rapport du 17 septembre 2003, le Dr M\_\_\_\_\_ a précisé que des mesures professionnelles étaient indiquées, bien qu'en raison de l'état névralgique du moment, la capacité de travail fut nulle dans toute activité. Dans son rapport du 26 septembre 2004, ce médecin précise qu'une activité adaptée serait exigible de la part de l'assurée, si celle-ci respectait ses limitations fonctionnelles. Quant au Dr N\_\_\_\_\_, il retient une incapacité totale de travail, tout en précisant qu'il est possible d'améliorer la capacité par des mesures médicales, mentionnant les limitations fonctionnelles de l'assurée. Il convient encore de souligner que ce médecin avait préconisé un examen médical complémentaire (rapport du 24 novembre 2003).

Il y a lieu de relever que l'OCAI n'a à l'époque de la demande d'invalidité pas requis d'expertise indépendante, ni soumis le dossier à un médecin-conseil. Cependant, cette instruction conduite en 2003, qui apparaît lacunaire, ne rend pas pour autant la décision initiale comme manifestement erronée, à la condition que les rapports des médecins fondant la décision eussent clairement exclu une capacité résiduelle de

travail. Or, en l'occurrence, les Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_ précisent que la capacité de travail pouvait être améliorée par des mesures médicales, tout en indiquant les limitations fonctionnelles de l'assurée. Selon le Dr M\_\_\_\_\_, une activité adaptée était exigible de la part de la recourante. Ainsi, il apparaît que la décision initiale de l'OCAI était manifestement erronée, puisqu'elle ne tenait pas compte des évaluations des Drs M\_\_\_\_\_ et N\_\_\_\_\_, seuls consultés pour la prise de décision.

Il sera dès lors retenu que la décision initiale de l'OCAI était manifestement erronée, pour les raisons sus-indiquées, puisque la recourante a toujours présenté une entière capacité résiduelle de travail.

8. Afin de déterminer le degré d'invalidité de l'assurée, il y a maintenant lieu de procéder à une comparaison des revenus avant et après invalidité.

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 1er 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 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.

Le revenu d'invalide 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 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).

9. L'année déterminante pour la comparaison des revenus est en l'espèce l'année 2003.

Dans un questionnaire du 13 octobre 2003, l'employeur de l'assurée indique qu'elle gagnait 20 fr. 45 par heure pour 40 hebdomadaires pendant cinq jours par semaine. Selon la convention collective de travail applicable, l'employé en nettoyage a également droit à treizième salaire. Par conséquent, la manière la plus favorable de calculer le salaire de la recourante est la suivante : 20 fr. 45 X 40 heures hebdomadaires X 52 semaines = 42'536 fr. + 8,33% (13<sup>e</sup> salaire) = 46'079 fr. 25.

Pour le revenu d'invalidé, le salaire de référence est également celui auquel peuvent prétendre les femmes effectuant des activités simples et répétitives (niveau de qualification 4) dans le secteur privé, à savoir soit à 45'840 fr. Au regard du large éventail d'activités simples que recouvrent les secteurs de la production et des services, on doit en effet convenir qu'un certain nombre d'entre elles sont légères et adaptées aux atteintes somatiques de la recourante. Comme les salaires bruts standardisés tiennent compte d'un horaire de travail de 40 heures, durée hebdomadaire inférieure à la moyenne usuelle dans les entreprises en 2002 (41,7), ce montant doit être porté à 47'788 fr. 20. Après adaptation de ce chiffre à l'évolution des salaires selon l'indice des salaires nominaux pour les femmes de l'année 2003, on obtient un revenu annuel de 48'579 fr. 10 (La Vie économique, 1/2 2008, tableau B10.3, page 99). Enfin, compte tenu d'une réduction de 20% en raison des limitations fonctionnelles principalement, le revenu d'invalidé s'élève à 38'863 fr. 30.

La comparaison des revenus déterminants avant et après invalidité conduit ainsi à retenir un taux d'invalidité de 15,65%, qui n'ouvre pas droit à des prestations de l'assurance-invalidité ( $[46'079 \text{ fr. } 25 - 38'863 \text{ fr. } 30] \times 100 : 46'079 \text{ fr. } 25 = 15,65$ ). Il est relevé que ce taux correspond au taux d'invalidité retenu par l'assurance-accidents.

L'OCAI était donc fondé à supprimer la rente d'invalidité de la recourante dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

10. Partant, il convient de constater que le recours, mal fondé, doit être rejeté.

11. La loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2006, apporte des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). En particulier, la procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité devant le Tribunal de céans est désormais soumise à des frais de justice, qui doivent se situer entre 200 fr. et 1'000 fr. (art. 69 al. 1 bis LAI). En l'espèce, le présent cas est soumis au nouveau droit (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). Il sera donc perçu un émolument.

**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

Marie-Louise QUELOZ

Doris WANGELER

La secrétaire-juriste :      Frédérique GLAUSER

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