

GE_GERICHTE ATAS/372/2017 vom 11. Mai 2017

GE Cour de justice, 2017-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_372_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/372/2017 du 11 mai 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/372/2017 del 11 maggio 2017

Erwägungen

E. 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.

E. 2

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août, le recours est recevable (art. 62 al. 1, 89B et 89C de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10 ; art. 38 al. 4 et 60 al. 1 LPGA).

E. 3

Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1er août 2016.

A/2746/2016 - 10/22 -

E. 4

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). 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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 5

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). 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 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Toutefois, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). 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

A/2746/2016 - 11/22 - éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc).

E. 6

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

E. 7

L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes, lesquels s'appliquent également en matière de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral I 70/07 du 14 avril 2008). Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, les syndromes sans étiologie claire n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Toutefois, dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49; ATF 130 V

352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé »

A/2746/2016 - 12/22 - 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute

signification en tant que

A/2746/2016 - 13/22 - facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement

A/2746/2016 - 14/22 - recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

E. 8

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 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 343 consid. 3.5). 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 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le

A/2746/2016 - 15/22 - degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 ; ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200; arrêts du Tribunal fédéral 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2; 9C_226/2013 du 4 septembre 2013). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. Selon l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

E. 9

a. 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). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c 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). c. 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.

A/2746/2016 - 16/22 - Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, 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 judiciaire 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 351 consid. 3b/aa et les références).

E. 10

Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

E. 11

a. En l'espèce, afin de se prononcer sur l'amélioration alléguée de l'état de santé, partant sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité, il convient de comparer les faits tels qu'ils se présentaient lors de la décision d'octroi de rente du 24 juin 2008 – dernière décision entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente – avec ceux prévalant lors de la décision querellée du 15 juin 2016, supprimant cette rente par voie de révision. b. Dans sa décision du 24 juin 2008, l'OAI avait accordé à l'assurée une rente

entière d'invalidité en se fondant sur un rapport d'expertise du Dr I_____. Après avoir retenu les diagnostics incapacitants de syndrome post-commotionnel, lombalgies et cervicalgies chroniques, ainsi que de trouble dépressif récurrent, actuellement moyen, ce psychiatre a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle, conclusion qu'il a notamment justifiée par les douleurs de l'assurée, empêchant celle-ci de planifier toute activité, et par ses troubles cognitifs, démontrés par diverses évaluations neuropsychologiques.

A/2746/2016 - 17/22 - c. Dans la décision litigieuse, l'intimé retient, sur la base des expertises de la CRR et du BREM, que l'assurée a bénéficié d'une amélioration notable de son état de santé au point qu'elle a recouvré, depuis la naissance de son fils en 2010, sa pleine capacité de travail dans toute activité. La recourante, qui se prévaut de l'expertise privée du Dr P_____ de 2012, affirme pour sa part qu'elle souffre encore des troubles de troubles somatiques et cognitifs évoqués par cet expert et que son profil professionnel ne lui permet toujours pas de « trouver un emploi à 100% »

E. 12

a. La chambre de céans constate que l'expertise judiciaire du BREM de 2011 a été établie en pleine connaissance du dossier, qu'elle relate les plaintes de l'assurée et repose sur des examens rhumatologiques, psychiatriques, neurologiques et neuropsychologiques complets. Ses conclusions, attestant d'une pleine capacité de travail dans toute activité hormis celle d'agent de sécurité, sont claires et motivées. De cette expertise fouillée (85 pages), il ressort que l'assurée ne présentait, lorsqu'elle a été examinée par le BREM, plus de dépression ni de troubles cognitifs, contrairement à la situation qui prévalait au moment de l'expertise du Dr I_____ sur laquelle reposait la décision d'octroi de rente. En effet, l'expert-psychiatre du BREM n'a observé chez l'assurée aucun symptôme dépressif, notamment aucune tristesse, anxiété, ou ralentissement moteur. Il a seulement fait état d'un trouble somatoforme douloureux et d'un trouble borderline, qu'il a jugés non incapacitants, en soulignant la bonne intégration familiale et sociale de l'assurée, dont l'état psychique n'était pas cristallisé. La neuropsychologue, pour sa part, a confirmé une normalisation des résultats aux tests cognitifs d'attention, de mémoire et des fonctions exécutives, ainsi qu'un raisonnement de bonne qualité. Quant à l'assurée, elle a déclaré aux experts (expertise du BREM, p. 41) que son état de santé s'était effectivement amélioré et que ses douleurs avaient diminué – certes sans disparaître – suite à la naissance de son fils et à un traitement de physiothérapie combiné à diverses médecines douces. b. L'expertise rhumatologique, psychiatrique, neurologique et neuropsychologique de la CRR se fonde également sur des examens complets, tient compte des plaintes et ses conclusions sont motivées. L'expert rhumatologue a estimé qu'il n'y avait aucun obstacle locomoteur à la reprise d'une activité professionnelle, vu l'absence de limitations et le fait que l'assurée pratiquait des activités exigeantes avec son fils, notamment la natation, la sculpture et une activité de palefrenière à titre bénévole. La neuropsychologue a relaté que les performances cognitives mesurées en début d'évaluation étaient normales et cohérentes avec celles du BREM, tandis qu'après une quarantaine de minutes, « l'allocation des ressources attentionnelles » se détériorait, mais elle a précisé que ces performances déficitaires ne reflétaient pas le véritable potentiel cognitif de l'assurée. Enfin, l'expert psychiatre a rattaché la symptomatologie de l'assurée au diagnostic de neurasthénie, avant d'en discuter les répercussions sur la capacité de travail au regard des indicateurs prescrits par la nouvelle jurisprudence relative aux affections psychosomatiques assimilées au trouble somatoforme

douloureux (ATF 141 V 281).

A/2746/2016 - 18/22 - c. Sous l'angle de la jurisprudence citée, l'expert psychiatre de la CRR a justifié son diagnostic de neurasthénie, posé par exclusion, en expliquant pourquoi il écartait une dépression et un syndrome somatoforme douloureux, et en se référant au point de vue de l'expert neurologue selon lequel l'assurée ne souffrait plus d'un syndrome post-commotionnel. S'agissant de la personnalité de l'assurée, ainsi que du succès d'un traitement et d'une réadaptation, l'expert-psychiatre a fait état d'une certaine rigidité mentale (traits de personnalité sensitive), susceptible de perturber l'adhésion de l'intéressée à certaines démarches, tout en relevant que cela ne l'avait pas empêchée de terminer une formation et de travailler sans rencontrer de problèmes relationnels. Par ailleurs, il a écarté toute comorbidité psychiatrique grave et toute limitation uniforme du niveau des activités dans les domaines comparables de la vie, ce qui paraît compréhensible au regard des activités de natation, de sculpture et de palefrenière décrites par l'expert rhumatologue. Examinant ensuite l'équilibre entre les ressources et les limitations psychiques, l'expert-psychiatre a relaté que si l'assurée souffrait d'une personnalité rigide et d'une endurance quelque peu diminuée, elle conservait un bon potentiel intellectuel et des capacités intactes à s'adapter aux règles et routines, à planifier ses tâches et à s'affirmer. De surcroît, sa vie sociale était préservée et elle bénéficiait du soutien de son compagnon, avec lequel elle envisageait de concevoir un second enfant. Finalement, l'expert-psychiatre a conclu que l'assurée ne souffrait pas, respectivement plus, d'une pathologie psychiatrique suffisamment grave pour engendrer une incapacité de travail.

E. 13

a. La recourante se prévaut de l'expertise privée de 2012 du Dr P_____, selon lequel elle présente, sur le plan psychiatrique, un syndrome post-commotionnel et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission depuis plusieurs mois, engendrant toujours une incapacité de travail totale depuis l'accident. En effet, aux dires de l'expert, la recourante continuait à souffrir d'une altération de ses fonctions intellectuelles sous la forme de troubles de la concentration, de la mémoire et de l'attention, mais également d'une sensibilité excessive au stress et d'une forte fatigabilité. b. Cette expertise remplit en principe également les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante. Toutefois, il sied de relever qu'elle ne constitue pas une expertise judiciaire, contrairement à celle de l'expertise du BREM qui a été ordonnée par la Cour civile du Tribunal cantonal du Canton de Vaud dans le cadre de l'action en justice contre l'assureur en responsabilité civile. Or, comme exposé ci-dessus, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise judiciaire (cf. supra consid. 9). De tels motifs ne sont précisément pas réalisés ici, car d'une part, le Dr P_____ se limite essentiellement à fournir une appréciation divergente de celle du BREM, sans mettre en évidence d'élément pertinent susceptible d'y avoir été ignoré, et d'autre part, les conclusions de l'expertise de la CRR confirment celles du BREM.

A/2746/2016 - 19/22 - c. A cela s'ajoute que le Dr P_____ se prononce dans une perspective purement psychiatrique alors que les expertises de la CRR et du BREM reposent sur une approche pluridisciplinaire, intégrant également des avis neurologique et neuropsychologique. Selon l'expert psychiatre de la CRR, le diagnostic de syndrome post-commotionnel ne peut se passer de ces avis spécialisés. Or, l'expert neurologue de cette clinique a considéré qu'il n'était pas adéquat de retenir un tel diagnostic sur le plan psychiatrique, les éléments objectifs nécessaires à l'établissement d'un tel diagnostic selon

la CIM-10 (durée de l'évolution, sévérité du traumatisme, durée de la perte de connaissance, éléments objectifs cliniques, radiologiques et neuropsychologique) n'étant pas remplis. Le Dr S_____ a ainsi conclu qu'après un TCC mineur, comme en l'espèce, le diagnostic de syndrome post-commotionnel ne pouvait plus entrer en ligne de compte après vingt-quatre mois. Tel est au demeurant également l'avis de la neuropsychologue de la CRR, selon laquelle les performances déficitaires mesurées après 40 minutes de testing ne pouvaient pas être reliées au TCC léger de 2000 et ne reflétaient pas le réel potentiel cognitif, ce qui était notamment corroboré par le résultat en-dessous du hasard d'un test de mémoire en choix forcé. Il y avait ainsi un problème de mobilisation des ressources pour les tâches demandées. d. Les experts psychiatres du BREM et de la CRR ont néanmoins pris en considération les symptômes consistant en douleurs et problèmes cognitifs rapportés par la recourante. Différents diagnostics ont été proposés pour ces symptômes, à savoir un trouble somatoforme douloureux persistant associé à un trouble de la personnalité borderline ou une neurasthénie avec des traits de personnalité sensitifs. Certes, les diagnostics sont divergents. Il n'en demeure pas moins que tant pour le trouble somatoforme douloureux que pour la neurasthénie, il y a lieu d'apprécier le caractère invalidant des atteintes en appliquant les indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral. Or, aussi bien l'expert psychiatre du BREM que celui de la CRR ont estimé, en tenant compte de ces indicateurs, que la pathologie psychiatrique n'était pas suffisamment importante pour générer une incapacité de travail. e. En ce qui concerne le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le Dr P_____, il a admis lui-même qu'au moment de son expertise en 2012, ce trouble était en rémission. Pour autant qu'un tel diagnostic soit adéquat, ce qui est contesté par les experts du BREM et de la CRR, il était toujours en rémission au moment de l'expertise de cette dernière clinique en 2016, soit quatre ans plus tard, et aucune décompensation dépressive ne s'était produite entre l'expertise du Dr P_____, voire même celle du BREM, et l'expertise de la CRR. Il paraît par conséquent convaincant qu'aucune limitation fonctionnelle liée à un trouble dépressif ne puisse être admise. f. Partant, la chambre de céans s'en tiendra aux conclusions concordantes des expertises du BREM et de la CRR, lesquelles démontrent, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante a recouvré une pleine capacité de

A/2746/2016 - 20/22 - travail dans toute profession autre que celle d'agent de sécurité, vu l'amélioration de son état de santé intervenue suite à la naissance de son fils, tant sous l'angle de sa symptomatologie douloureuse que de ses troubles dépressifs et cognitifs. Ainsi, un motif de révision au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA est réalisé.

E. 14

À ce stade, il convient de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante suite à l'amélioration de son état de santé. a. En l'espèce, le taux d'invalidité résulte de la comparaison entre le salaire que l'assurée aurait pu réaliser au moment de la décision de révision – soit en 2016 – si elle était restée en bonne santé (revenu sans invalidité), avec celui qu'elle pourrait encore réaliser malgré ses atteintes à la santé (revenu d'invalidité). b. S'agissant du revenu sans invalidité, il convient d'admettre qu'en bonne santé, l'assurée aurait exercé l'activité d'architecte d'intérieur à laquelle elle se destinait. Quant au revenu d'invalidité, il résulte des expertises du BREM et de la CRR que l'assurée peut encore exercer cette profession à plein temps, à l'instar de toute autre hormis celle d'agent de sécurité. Comme les revenus sans et avec invalidité se basent l'un et l'autre sur une activité d'architecte d'intérieur, le degré d'invalidité se confond ici avec celui de l'incapacité de travail – qui est nulle – sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (cf.

arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). c. La chambre de céans estime que les limitations psychiques attestées par la CRR, soit une endurance diminuée par les douleurs et des traits de personnalité sensitifs, justifient d'opérer une telle réduction sur le revenu d'invalidité, à concurrence de 10% au maximum (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 645/04 du 26 septembre 2005 consid. 6.3). Il en résulte un degré d'invalidité identique de 10%, insuffisant pour envisager le maintien d'une rente d'invalidité quelle qu'elle soit (art. 28 al. 2 LAI). d. Enfin, on précisera qu'il n'appartient pas à la chambre de céans de déterminer concrètement si un employeur consentirait à engager la recourante au vu de son expérience professionnelle, de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation et de la durée prévisible de ses rapports de travail. À cet égard, la recourante se réfère à tort à la jurisprudence développée pour les assurés proches de l'âge de la retraite (arrêt du Tribunal fédéral 9C_695/2010 consid. 5), laquelle lui est inapplicable puisqu'elle était âgée de 37, respectivement de 41 ans lorsqu'elle a été considérée apte à reprendre une activité lucrative par le BREM puis la CRR.

E. 15

a. Dans certains cas très particuliers, la jurisprudence considère qu'il n'est pas opportun de supprimer la rente malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées à l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le

A/2746/2016 - 21/22 - contexte de la révision, respectivement de la reconsidération (art. 17 al. 1 ; 53 al. 2 LPGa) ; on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (arrêts du Tribunal fédéral 9C_800/2014 du 31 janvier 2015 consid. 5 et 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 ss). Le point de savoir si les critères de la durée de 15 ans d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la 55ème année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4). b. En l'espèce, la recourante a perçu une rente du 1er décembre 2004 au 31 juillet 2016, soit pendant moins de quinze ans. Par ailleurs, au jour de la décision de suppression de rente, elle était âgée de 41 ans, donc de moins de 55 ans. En conséquence, elle n'appartient pas à la catégorie d'assurés dont on admet qu'ils ne peuvent valoriser leur capacité de travail qu'à l'issue de mesures d'ordre professionnel ou de mesures médicales. Dans son recours, l'assurée ne conclut d'ailleurs pas à l'octroi de telles mesures.

E. 16

Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité avec effet ex nunc dès le 1er août 2016, premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision litigieuse (art. 88bis al. 2 let. a RAI).

E. 17

La documentation médicale versée au dossier permet à la chambre de céans de statuer sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité. Partant, il n'y a pas lieu d'ordonner de mesure d'instruction complémentaire ni de renvoyer la cause à l'administration, par

appréciation anticipée des preuves.

E. 18

Mal fondé, le recours est rejeté.

E. 19

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/2746/2016 - 22/22 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.