

# **GE\_GERICHTE ATAS/636/2020 vom 3. August 2020**

GE Cour de justice, 2020-08-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_636\\_2020](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_636_2020)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/636/2020 du 3 août 2020

IT: GE\_GERICHTE ATAS/636/2020 del 3 agosto 2020

## **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

A/800/2019 - 15/25 - 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**

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.

### **E. 3**

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

### **E. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA; art. 62 al. 1 de la 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).

### **E. 5**

Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression par l'intimé de la rente d'invalidité de la recourante.

### **E. 6**

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, mentale ou psychique 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).

### **E. 7**

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). 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

A/800/2019 - 16/25 - 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. 8**

a. 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). b. 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. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

A/800/2019 - 17/25 - Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI); on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1). En vertu de l'art. 88bis al. 1 RAI, l'augmentation de la rente prend effet, si la révision est demandée par l'assuré, au plus tôt dès le mois où cette demande est présentée (let. a), si la révision a lieu d'office, dès le mois pour lequel celle-ci avait été prévue (let. b). En vertu de 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 qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références). 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. À 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

A/800/2019 - 18/25 - description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450

consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3). 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.

b. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; ATF 142 V 58 consid. 5.1; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5; ATF 135 V 465 consid. 4.4 et 4.6; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

c. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

d. Les constatations médicales peuvent être complétées par des renseignements d'ordre professionnel, par exemple au terme d'un stage dans un centre d'observation professionnel de l'assurance-invalidité, en vue d'établir concrètement dans quelle mesure l'assuré est à même de mettre en valeur une capacité de travail et de gain sur le marché du travail. Il appartient alors au médecin de décrire les activités que l'on peut encore raisonnablement attendre de l'assuré compte tenu de ses atteintes à la santé (influence de ces atteintes sur sa capacité à travailler en position debout et à se déplacer; nécessité d'aménager des pauses ou de réduire le temps de travail en raison d'une moindre résistance à la fatigue, par exemple), en exposant les motifs qui le conduisent à retenir telle ou telle limitation de la capacité de travail. En

A/800/2019 - 19/25 - revanche, il revient au conseiller en réadaptation, non au médecin, d'indiquer quelles sont les activités professionnelles concrètes entrant en considération sur la base des renseignements médicaux et compte tenu des aptitudes résiduelles de l'assuré. Dans ce contexte, l'expert médical et le conseiller en matière professionnelle sont tenus d'exercer leurs tâches de manière complémentaire, en collaboration étroite et réciproque (ATF 107 V 17 consid. 2b; SVR 2006 IV n° 10 p. 39). En cas d'appréciation divergente entre les organes d'observation professionnelle et les données médicales, l'avis dûment motivé d'un médecin prime pour déterminer la capacité de travail raisonnablement exigible de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 531/04 du 11 juillet 2005, consid. 4.2). En effet, les données médicales permettent généralement une appréciation plus objective du cas et l'emportent, en principe, sur les constatations y compris d'ordre médical qui peuvent être faites à l'occasion d'un stage d'observation professionnelle, qui sont

susceptibles d'être influencées par des éléments subjectifs liés au comportement de l'assuré pendant le stage (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_65/2019 du 26 juillet 2019 consid. 5 et 9C\_329/2015 du 20 novembre 2015 consid. 7.3). Au regard de la collaboration, étroite, réciproque et complémentaire selon la jurisprudence, entre les médecins et les organes d'observation professionnelle (cf. ATF 107 V 17 consid. 2b), on ne saurait toutefois dénier toute valeur aux renseignements d'ordre professionnel recueillis à l'occasion d'un stage pratique pour apprécier la capacité résiduelle de travail de l'assuré en cause. Au contraire, dans les cas où l'appréciation d'observation professionnelle diverge sensiblement de l'appréciation médicale, il incombe à l'administration, respectivement au juge - conformément au principe de la libre appréciation des preuves - de confronter les deux évaluations et, au besoin de requérir un complément d'instruction (ATF 9C\_1035/2009 du 22 juin 2010 consid. 4.1, in SVR 2011 IV n° 6 p. 17; ATF 9C\_833/2007 du 4 juillet 2008, in Plädoyer 2009/1 p. 70; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 35/03 du 24 octobre 2003 consid. 4.3 et les références, in Plädoyer 2004/3 p. 64; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_512/2013 du 16 janvier 2014 consid. 5.2.1).

#### **E. 10**

En l'espèce, il convient de déterminer si le degré d'invalidité de la recourante s'est modifié depuis la dernière décision de l'intimé entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (ATF 133 V 108). A cet égard, il s'agit de la décision de l'intimé du 16 septembre 2008, laquelle a été rendue après une instruction auprès des médecins traitants de la recourante, une enquête ménagère ainsi qu'une orientation professionnelle. En revanche, tel n'est pas le cas de la communication subséquente de l'intimé du 28 octobre 2010, faisant suite à la révision entamée par l'intimé le 23 juin 2010, dès lors qu'elle ne se fonde que sur trois rapports médicaux succincts obtenus des médecins traitants (Drs C\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_), lesquels n'ont, en outre, pas été suivis d'une appréciation par le SMR (à cet égard, arrêt du Tribunal fédéral 9C 117/2018 du 19 octobre 2018).

A/800/2019 - 20/25 - Cela dit, que l'on compare l'état de santé de la recourante avec celui prévalant lors de la décision du 16 septembre 2008 ou lors de la communication du 28 octobre 2010, l'issue du recours est identique, comme il sera exposé ci-après.

#### **E. 11**

En l'occurrence, les pathologies principales mises en avant par les médecins traitants ou relevées dans le cadre de l'enquête ménagère et de l'orientation professionnelle, au cours de l'instruction et des mesures ordonnées par l'intimé et ayant précédé la décision d'octroi d'un quart de rente d'invalidité du 16 septembre 2008, sont les suivantes : - Une RCUH (avis des Drs D\_\_\_\_\_, E\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_). - Un syndrome douloureux fonctionnel grave, d'origine incertaine (avis des Drs D\_\_\_\_\_ du 18 mars 2005 et H\_\_\_\_\_ du 17 janvier 2007). - Des douleurs articulaires et dorsales (avis de la Dresse C\_\_\_\_\_ des 18, 19 avril et 5 septembre 2005 ; enquête économique du 30 octobre 2006 ; rapport OSER du 23 mai 2007). - Une atteinte inflammatoire dorsale et des sacro-iliaques ainsi qu'un syndrome fibromyalgique en relation avec la RCUH (avis de la Dresse C\_\_\_\_\_ des 13 septembre 2005, 19 avril 2005, 7 avril 2006 et 28 août 2006). - Une fibromyalgie (avis de la Dresse F\_\_\_\_\_ du 22 septembre 2005 et de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 7 avril 2006). - Une inflammation de la voute plantaire et du tendon d'Achille à gauche (avis de la Dresse C\_\_\_\_\_ du 7 avril 2006). Au vu de ces informations médicales, le SMR a considéré que la recourante devait éviter les activités trop stressantes et les sollicitations excessives du rachis

(avis du

## E. 12

a. Dans le cadre de la dernière révision, débutée par l'intimé en janvier 2017, les Drs E\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_, C\_\_\_\_\_ et L\_\_\_\_\_ ont donné des renseignements médicaux. Le Dr E\_\_\_\_\_ a attesté d'une amélioration de la RCUH et relevé l'absence de crise depuis 2014. Cette amélioration n'a cependant pas de conséquence sur la capacité de travail de la recourante dès lors que les crises de RCUH, telles que relevées par les médecins traitants et le SMR, n'ont pas été, en elles-mêmes, considérées comme incapacitantes en septembre 2008 et que les douleurs rachidiennes et articulaires, parfois reliées à la RCUH, n'ont pas été considérées comme ayant régressé. La Dresse J\_\_\_\_\_, qui suit la recourante depuis le 10 janvier 2012, a même attesté d'un diagnostic incapacitant de maladie de Crohn, fibromyalgie, présent en même temps que la RCUH, avec une évolution stable depuis l'octroi de la rente, tout en mentionnant une douleur au pied droit depuis quelques semaines. Elle a relevé que la recourante présentait de la fatigue, des arthralgies et des myalgies avec de la dépression. L'activité antérieure n'était plus possible et une activité adaptée au handicap était exigible 8h/semaine (soit un taux de travail d'environ 20 %). Selon cette appréciation, la recourante n'a ainsi présenté aucune amélioration du point de vue des limitations physiques (douleurs) et psychique (dépression et fatigue). La Dresse C\_\_\_\_\_ a relevé qu'elle ne connaissait pas l'évolution depuis longtemps (elle avait vu la recourante en novembre 2019, en mai 2015 et en février 2018), de sorte que son avis n'est pas déterminant. Quant au Dr L\_\_\_\_\_, il a indiqué que l'état de santé était stationnaire, que la recourante présentait, avec répercussion sur la capacité de travail, une maladie de Crohn, une PSH de l'épaule droite et des arthralgie diffuses. Il n'y avait pas de limitations rhumatologiques. Il y avait une bonne concordance entre les plaintes et l'examen clinique pour la maladie de Crohn. Il avait vu la recourante le 8 février 2016 et le 1er mai 2018. Ce rapport, qui comporte des contradictions dès lors qu'il nie la présence de limitations fonctionnelles rhumatologiques tout en reconnaissant la présence d'arthralgie diffuses, de PSH à l'épaule droite et d'une maladie de Crohn incapacitants, n'emporte pas la conviction. Il ne permet en effet pas de comprendre si les arthralgies sont en lien avec la maladie de Crohn et ont, de ce fait, été considérées comme sortant du

A/800/2019 - 23/25 - champ des affections rhumatologiques. Il ne saurait, dans ces conditions, constituer une information médicale claire permettant d'admettre une amélioration des douleurs présentées par la recourante. b. Les éléments médicaux recueillis postérieurement à la décision litigieuse du 25 janvier 2019, ne permettent pas non plus d'établir une amélioration de l'état de santé de la recourante par rapport à celui évalué en septembre 2008. Le Dr O\_\_\_\_\_ confirme qu'il n'y a pas d'incapacité de travail liée à la maladie de Crohn, du point de vue digestif, ce que le Dr E\_\_\_\_\_ avait déjà constaté. En revanche, ce médecin atteste de fatigue généralisée avec des douleurs musculaires diffuses (fibromyalgie) et des douleurs abdominales intermittentes, et estime que les douleurs musculaires limitent la capacité de travail à 50 %. La Dresse J\_\_\_\_\_ a confirmé la présence d'une fatigue généralisée avec des arthralgies et myalgies migrantes (fibromyalgie), des cervicalgies et des douleurs à l'épaule droite, avec une péjoration de l'état anxio-dépressif (constaté le 10 décembre 2019). La Dresse C\_\_\_\_\_ a rappelé que les polyarthralgies pouvaient s'inscrire dans le contexte de la RCUH ; un syndrome fonctionnel douloureux grave avait d'ailleurs été retenu par le Dr D\_\_\_\_\_ et un syndrome douloureux chronique avec possible spondylarthropathie secondaire par le Dr G\_\_\_\_\_ ; lors de consultations

espacées en 2010, 2012, 2013, 2015 et 2019, il n'y avait pas de limitation sur le plan rhumatologique. Elle n'a, en particulier, pas attesté d'une amélioration des douleurs, étant rappelé qu'elle considérait déjà le 1er septembre 2007 qu'il n'y avait pas de réelles limitations fonctionnelles rhumatologiques, l'incapacité de travail étant considérée, avant tout, comme psychiatrique. La Dresse T\_\_\_\_\_ a indiqué la présence, en 2019, de cervicalgies, de fibromyalgie, de maladie de Crohn et de PSH droite, avec des limitations fonctionnelles liées aux douleurs et à une fatigue importante, de sorte qu'elle estimait que la capacité de travail était plutôt de 50 %. Enfin, le Dr U\_\_\_\_\_ a attesté d'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante par la survenance, depuis décembre 2019, d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, totalement incapacitant. Cette aggravation est postérieure à la décision litigieuse de sorte qu'elle ne peut être prise en compte dans le cadre de la présente procédure (ATF 144 V 210). Cela étant, il est à constater qu'aucune amélioration de l'état de santé psychique de la recourante n'a été établie par un psychiatre entre septembre 2008 et janvier 2019. c. Au vu de ce qui précède, aucune pièce médicale au dossier ne permet d'établir que les affections retenues comme incapacitantes par l'intimé au moment de la décision de rente, en septembre 2008, soit une pathologie somatique (arthralgie, douleurs rhumatismales, fibromyalgie) et psychiatrique (épisode dépressif avec syndrome somatique, stress et difficultés de concentration et de mémorisation) auraient évolué favorablement dans une mesure telle que la recourante aurait recouvré une capacité de travail totale dans une activité adaptée. Il en est de même si l'on tient compte de l'état de santé de la recourante au moment de la communication de l'intimé du 28 octobre 2010, les rapports médicaux requis

A/800/2019 - 24/25 - des médecins traitants attestant d'un état stationnaire, avec la présence de dorsolombalgies et des limitations fonctionnelles inchangées (Dresse C\_\_\_\_\_), d'un état stationnaire avec des poussées de RCUH chaque année (Dr E\_\_\_\_\_ ) et d'asthme (avec diminution de la fonction respiratoire), de migraine et de RCUH (Dresse I\_\_\_\_\_).

### **E. 13**

Partant, le recours sera admis et la décision litigieuse annulée, la suppression du quart de rente dont la recourante bénéficiait n'étant pas justifiée.

### **E. 14**

Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 3'000.- sera accordée à la recourante à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à charge de l'intimé. Etant donné que, depuis le 1er juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

A/800/2019 - 25/25 - 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.