

## GE\_GERICHTE A/1614/2015 vom 28. April 2016

GE Cour de justice, 2016-04-28, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1614\\_2015](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1614_2015)

FR: GE\_GERICHTE A/1614/2015 du 28 avril 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1614/2015 del 28 aprile 2016

### Erwägungen

#### E. 3

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à THÔNEX, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître PETITAT Pierre-Bernard recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née en 1960, ayant travaillé en tant que serveuse, a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) en septembre 2000. Elle expliquait ne plus pouvoir travailler dans la restauration car elle ne pouvait plus ni porter de lourdes charges ni rester en position statique prolongée. Par décisions des 24 mars et 16 mai 2003, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> février 2000. Ces décisions ont été rendues à l'issue d'une instruction ayant notamment permis de recueillir les éléments suivants : - un rapport du 2 octobre 2000 du docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 11 février 1999 et mentionnant les diagnostics de cervicobrachialgies, de lombosciatalgies, de dépression, de bronchite chronique sur tabagisme et d'hypercholestérolémie ; - un rapport du 10 décembre 2000 du docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et en maladies rhumatismales, attestant d'une atteinte à la santé présente depuis février 1999, tout en précisant qu'il lui était impossible de fournir des indications sûres quant à la capacité de travail de l'assurée ; le médecin concluait à des cervicobrachialgies (syndrome algo-dysfonctionnel C4-C5 gauche) et lombosciatalgies (syndrome vertébral lombaire subaigu avec syndrome algo-dysfonctionnel en L5 gauche dans le cadre de troubles posturaux) chroniques et à un état dépressif ; l'examen neurologique des membres inférieurs et supérieurs n'avait pas révélé d'atteinte de type radiculaire et les radiographies lombaires et cervicales n'avaient pas montré de trouble dégénératif majeur ; un traitement de rééducation posturale avait permis d'améliorer légèrement la situation ; - un bref rapport du 17 juillet 2000 du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine générale et médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi (OCE), indiquant n'avoir pas trouvé d'éléments médicaux sur le plan physique qui justifieraient des restrictions médicales aux possibilités de placement tout en indiquant qu'à son avis, le comportement de l'intéressée laissait supposer qu'elle n'était pas apte au placement ; il préconisait une évaluation complémentaire par un médecin spécialiste en psychiatrie ; - un rapport du 3 mai 2001 du docteur E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, soulignant que la symptomatologie se résumait à des rachialgies chroniques hautes et basses, que l'examen neurologique était peu contributif et s'étonnant de la symptomatologie, qualifiée de « pour le moins curieuse » (lombosciatalgies apparemment sans substrat, examens radiologiques dépourvus d'anomalies significatives, écho-doppler carotido-vertébral normal) - un rapport d'examen psychiatrique réalisé

le 3 mars 2003 par la doctoresse F\_\_\_\_\_, médecin auprès du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) concluant à un trouble dépressif récurrent, épisode moyen, avec syndrome somatique, à un trouble de la personnalité psychotique décompensé et à l'utilisation d'alcool ; selon le psychiatre, l'assurée, très fragile psychiquement, était incapable d'assumer une vie socioprofessionnelle normale en raison d'une symptomatologie anxio-dépressive se greffant sur un trouble de la personnalité psychotique d'allure paranoïaque décompensé ; ces troubles correspondaient en effet à une atteinte durable à la santé justifiant une totale incapacité de travail.![endif]>![if> 3. Une révision du dossier a été initiée en octobre 2005, à l'issue de laquelle l'OAI, en date du 29 mars 2007, a informé l'assurée qu'il considérait que son état n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente.![endif]>![if> En effet, dans un rapport du 1<sup>er</sup> décembre 2005, le docteur I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, avait fait état d'un état de santé stationnaire avec néanmoins une régression de la dépression. Selon ce médecin, il y avait eu une amélioration sur le plan thymique et une stabilisation sur le plan articulaire mais l'assurée restait fragile sur le plan thymique. 4. Une nouvelle révision a été initiée en octobre 2012.![endif]>![if> 5. Dans un rapport du 8 novembre 2012, les médecins du service de médecine de premier recours des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) ont diagnostiqué un rétrécissement médullaire C3-C4, C4-C5, C5-C6 sur protrusion discale diagnostiquée en 2003, une toux chronique sur bronchite chronique et une capsulite rétractile de l'épaule gauche en 2011. Ils ont également mentionné un diabète de type II, en précisant qu'il était sans répercussion sur la capacité de travail. Les médecins ont conclu à une totale incapacité de travail dans le métier de serveuse, lequel sollicitait trop les bras et impliquait le port de charges et des positions statiques prolongées.![endif]>![if> 6. Le 7 février 2013, le SMR a constaté que, bien que la rente ait été octroyée pour des raisons strictement psychiatriques, l'assurée n'avait jamais été suivie sur ce plan.![endif]>![if> 7. Interrogés par l'OAI, les médecins des HUG, dans un rapport du 7 mars 2013, ont fait état d'une péjoration des valeurs glycémiques depuis février 2013, d'une amélioration fonctionnelle et douloureuse quasiment complète de la capsulite rétractile de l'épaule gauche et d'une stabilité du reste de la symptomatologie depuis 2011. Ils ont évalué la capacité de travail de leur patiente à 0% dans son activité habituelle mais à 50% depuis février 2013 dans une activité adaptée.![endif]>![if> 8. A alors été mise sur pied une expertise pluridisciplinaire confiée au Centre d'expertises médicales (ci-après : CEMed), plus particulièrement aux docteurs G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychologie, J\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne, et K\_\_\_\_\_, spécialiste en rhumatologie, lesquels ont rendu leur rapport en date du 28 mars 2014.![endif]>![if> Après s'être livrés à une anamnèse détaillée, avoir relaté les plaintes de la patiente, et décrit ses activités quotidiennes, les experts ont fait état de leurs observations objectives. Sur le plan somatique, ils ont conclu à un status dans la norme, l'anamnèse systématique relevant quelques troubles banals. Le diabète était bien équilibré, sans caractère incapacitant. Il n'y avait aucune justification à une incapacité de travail. Sur le plan rhumatologique, l'assurée n'avait plus formulé de plaintes susceptibles de justifier une incapacité de travail de longue durée. L'examen clinique s'était révélé quasiment normal, hormis de nombreux signes de non-organicité et des incohérences sur le plan nosologique (perte globale de la pallesthésie en absence de tout autre trouble de la sensibilité profonde, perte de force sans signe pyramidal, ne respectant aucun territoire radiculaire ou tronculaire). Les examens récents, électroneuromyographie (ENMG) et bilan angiologique, étaient normaux. L'épaule gelée gauche avait suivi un cours favorable, avec une guérison presque parfaite dès mars 2013.

L'imagerie pouvait être considérée comme normale pour l'âge de l'assurée. Aucune lésion anatomique, aucune maladie inflammatoire ni infectieuse n'était mise en évidence. Sur le plan psychique, les experts ont relevé que, selon le dossier, il y avait eu un trouble dépressif récurrent associé à un trouble de la personnalité de type psychotique. Ils ont indiqué que si l'assurée avait certes pu être dépressive à une époque - ce qu'ils ont jugé vraisemblable en raison d'un deuil compliqué qu'elle avait eu à faire -, la situation s'était depuis lors améliorée (l'assurée avait pu se mettre en colocation avec une amie et s'organiser dans un esprit de solidarité et d'entraide, elle avait été également appelée à plusieurs reprises à assumer d'autres situations de soins [suivi de sa propre mère jusqu'à sa mort puis de celle de son amie]). Les experts n'ont trouvé aucun indice pour un dysfonctionnement général, voire psychotique. Ils ont qualifié l'assurée de « pas dépressive du tout », avec une thymie normale, un élan vital présent, des centres d'intérêts décrits et aucun abaissement significatif de la thymie et constaté « un très fort contraste entre les constats de 2003 et de 2013 ». La situation psychique s'était visiblement bien améliorée, sans qu'il soit possible de déterminer avec précision à quel moment et à quel degré. En l'absence d'informations concrètes à cet égard, notamment d'un status psychiatrique en bonne et due forme, ils ont considéré que tout positionnement de leur part serait pure interprétation, voire spéculation, raison pour laquelle ils ont préféré se borner au constat qu'il n'y avait désormais plus d'indice pour un dysfonctionnement de personnalité, pas de suspicion de psychose et aucun état dépressif significatif. Ils ont souligné que ce fait était corrélé par l'absence de suivi psychiatrique et de médication psychotrope significative. En conséquence, ils n'ont retenu aucun diagnostic psychiatrique et ont conclu à une capacité de travail complète en temps et en rendement. Au final, les experts ont considéré que la pathologie de l'épaule avait probablement justifié une incapacité de travail partielle de 2011 à mars 2013, tout comme la périarthrite scapulo-humérale (PSH) droite avait justifié quelques mois d'incapacité de travail en 2005. Depuis mars 2013, la capacité était de 100% dans une activité adaptée. Sur le plan rachidien, il y avait statu quo : la situation n'avait vraisemblablement pas évolué et n'avait d'ailleurs jamais justifié d'incapacité de travail. Sur le plan psychiatrique, la situation était déjà améliorée en 2005, selon le médecin traitant. 9. En conséquence de quoi, le 25 juin 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de mettre fin au versement de sa rente. 10. Le 22 août 2014, l'assurée a contesté ce projet en invoquant des problèmes de diabète, les suites douloureuses d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche, des affections de la colonne vertébrale et l'avis de la doctoresse H\_\_\_\_\_, psychiatre. 11. Dans un bref courrier rédigé le 5 septembre 2014, celle-ci conclut à un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère accompagné de troubles du sommeil et relate les plaintes de sa patiente. Le médecin mentionne un score de Hamilton de 28/54 et un score de Beck de 20/21 et indique que le traitement consiste en un antidépresseur. Le psychiatre explique que l'assurée l'a consulté fin juillet 2014 pour une dégradation de son état psychique. Selon le médecin, l'assurée n'est pas apte à reprendre un travail. 12. Dans un rapport du 14 octobre 2014, le psychiatre a confirmé son diagnostic, en expliquant que sa patiente était déprimée, angoissée, qu'elle se plaignait de troubles du sommeil avec réveils nocturnes et de mouvements des jambes durant la nuit, ainsi que de troubles de la mémoire et de l'appétit. Le médecin a également fait état d'un retrait social et émettait un pronostic défavorable. 13. L'OAI a dès lors demandé un complément d'expertise psychiatrique au Dr G\_\_\_\_\_, à la désignation duquel l'assurée s'est opposée en alléguant s'être sentie rabaissée par ce médecin, auquel elle a reproché de ne pas l'avoir écoutée et de

n'avoir pas tenu compte de ses remarques et plaintes. 13. Le Dr G\_\_\_\_\_ a rendu son rapport en date du 6 mars 2015, après avoir réexaminé l'assurée. S'agissant du rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_, l'expert a constaté que le status psychiatrique comportait à la fois des observations et la relation des plaintes de la patiente, passablement nombreuses (trouble cognitif, angoisses, troubles du sommeil, repli social, tension, irritabilité, méfiance, etc.), alors que les critères objectifs étaient plutôt clairs. Pour sa part, le Dr G\_\_\_\_\_ a indiqué n'avoir pu confirmer d'aggravation sur le plan clinique : il n'a constaté aucune tristesse véritable, un élan vital certes un peu abaissé, mais pas dans un registre pathologique, et des éléments très subjectifs voire comportementaux (allégations de l'absence de tout intérêt et d'un repli social). L'expert a fait remarquer qu'il était possible que l'annonce de la suppression de rente ait perturbé l'assurée. On pouvait éventuellement admettre un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive suite à cette annonce mais, même dans ces circonstances, on constatait une certaine compensation avec la médication appliquée. L'expert s'est dit conscient du fait que les paramètres sociaux parlaient en défaveur de l'assurée : celle-ci, âgée de 55 ans, après une très longue absence du marché du travail, différents problèmes somatiques et un déconditionnement global considérable, était en mauvaise position pour retrouver une place de travail. Néanmoins, ces éléments étaient extra-médicaux et relevaient des registres personnel et social. En définitive, l'expert n'a retenu qu'un trouble de l'adaptation avec réaction anxieuse et dépressive mixte relativement bien compensée, n'engendrant aucune incapacité de travail.

14. Par décision du 15 avril 2015, l'OAI a nié à l'assurée le droit à toute prestation à compter du premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision, supprimant ainsi la rente d'invalidité versée jusqu'alors. L'OAI a constaté que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré au point qu'elle avait recouvré une pleine capacité de travail et de gain et ce, depuis décembre 2013. S'agissant de l'aggravation alléguée par la Dresse H\_\_\_\_\_, l'office a considéré qu'il n'y avait aucun élément médical objectif nouveau corroborant ses allégations.

15. Par écriture du 18 mai 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant au maintien de sa rente d'invalidité. En substance, la recourante allègue rencontrer d'importantes limitations en raison de son état de santé, qui lui interdisent de reprendre la moindre activité lucrative.

16. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 23 juin 2015, a conclu au rejet du recours. Il se réfère aux conclusions de l'expertise du Dr G\_\_\_\_\_ et en tire la conclusion que l'état de santé psychique qui avait fondé l'octroi d'une rente entière d'invalidité et justifié son maintien en 2007 s'est notablement amélioré. Sur le plan somatique, l'intimé constate que l'état de santé est décrit comme stationnaire et compatible avec une pleine capacité de travail dans l'activité habituelle, hormis des périodes d'incapacité limitées dans le temps en 2005 et entre 2011 et 2013.

17. Par écriture du 26 août 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions. La recourante relève que, dans son rapport de mars 2014, l'expert psychiatre a admis qu'il lui était impossible de déterminer à quel degré et à quel moment avait eu lieu l'amélioration de son état de santé. Elle remarque que ce même expert a concédé que l'on pouvait « éventuellement admettre un trouble de l'adaptation avec réaction anxio-dépressive suite à l'annonce de la suppression de rente » et s'étonne dès lors qu'il ne lui ait reconnu aucune incapacité de travail à ce titre. Sur le plan physique, elle rappelle qu'elle souffre de diabète, des suites douloureuses d'une capsulite rétractile de l'épaule gauche et de problèmes dorsaux dont elle affirme qu'ils la limitent fortement dans ses activités quotidiennes. La recourante en tire la conclusion que son état de santé ne s'est nullement amélioré.

18. Par écriture du 29

septembre 2015, l'intimé a persisté à son tour dans ses conclusions. Il constate que la recourante se borne à alléguer qu'il aurait dû suivre l'avis de son médecin traitant plutôt que celui de l'expert. A cet égard, il rappelle qu'en cas de divergences d'opinions, il convient d'apprécier la valeur probante des rapports médicaux et qu'il ne convient de mettre sur pied une nouvelle expertise que si les médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert. L'intimé estime que tel n'est pas le cas en l'occurrence.

**EN DROIT** 1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. A 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.

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). Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 15 avril 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> et 6<sup>ème</sup> révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329 ). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige a pour objet le droit de la recourante au maintien d'une rente d'invalidité, plus particulièrement la question de savoir si son état de santé s'est amélioré depuis l'octroi initial d'une rente entière, en mars 2003 - confirmé en octobre 2005.

5. Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force 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. > 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

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 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 1<sup>er</sup> 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).

7. 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).

> Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294 consid. 4c; ATF 102 V 165 ; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

8. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle

instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).!endif]>![if> 9. Enfin, 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).!endif]>![if> 10. a. En l'espèce, il convient d'examiner si la situation de la recourante a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit aux prestations, depuis 2005, date à laquelle l'intimé a confirmé son droit à une rente d'invalidité. !endif]>![if> Il convient de rappeler que le droit à une rente d'invalidité a été reconnu à l'assurée exclusivement en raison de l'état dépressif récurrent moyen et du trouble de la personnalité psychotique diagnostiqués par la Dresse F\_\_\_\_\_. En effet, aucune atteinte somatique sérieuse n'avait été objectivée : l'examen neurologique n'avait révélé aucune atteinte de type radiculaire (cf. rapport du Dr C\_\_\_\_\_ du 10 décembre 2000), les radiographies lombaires et cervicales n'avaient pas montré de trouble dégénératif majeur (cf. rapport du Dr C\_\_\_\_\_, rapport du Dr D\_\_\_\_\_ du 17 juillet 2000 et rapport du Dr E\_\_\_\_\_ du 3 mai 2001). L'absence d'atteinte somatique invalidante a été confirmée par l'expertise pluridisciplinaire du 28 mars 2014 effectuée dans le cadre de la révision : les experts n'ont constaté que des troubles banals et, s'agissant plus particulièrement de la capsulite rétractile invoquée par l'assurée, ont constaté que la guérison avait été presque parfaite en mars 2013 déjà (cf. également le rapport des HUG du 7 mars 2013). Quant au diabète, il a été jugé non invalidant. Sur le plan psychique ayant seul justifié l'octroi de la rente initiale, l'expert psychiatre appelé à se prononcer dans le cadre de la révision initiée fin 2012 a constaté que ses constatations objectives étaient fort éloignées de celles de la Dresse F\_\_\_\_\_. Lui-même n'a plus pu retenir le moindre diagnostic psychique invalidant. Il a certes admis la possibilité d'un trouble de l'adaptation, suite à l'annonce de la suppression de rente mais de gravité insuffisante pour influencer la capacité de travail. La Cour de céans constate que l'évaluation du Dr G\_\_\_\_\_ se fonde sur une documentation complète et des diagnostics précis, qu'elle comporte une discussion convaincante de la situation et qu'elle apporte des réponses exhaustives et sans équivoque aux questions posées. Elle est par ailleurs complète quant aux faits retenus, à ses conclusions et aux réponses aux questions posées. Le fait que l'expert admette ne pouvoir se prononcer précisément sur le moment auquel l'amélioration est intervenue ne fait qu'apporter du crédit à son analyse puisqu'il se refuse à extrapoler, préférant se prononcer sur ses seules observations objectives. Quant au rapport de la Dresse H\_\_\_\_\_, il ne permet pas d'infirmer les observations de l'expert. Ce médecin se contente

en effet, pour l'essentiel, de se faire l'écho des plaintes de sa patiente et n'apporte aucun élément objectif de nature à faire douter des conclusions de l'expert, qui, malgré un examen complémentaire, a confirmé les siennes à l'issue d'une discussion convaincante. Certes, la Dresse H\_\_\_\_\_ évalue la capacité de sa patiente à 0%, mais sans motiver aucunement sa position. Il en découle qu'on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir considéré, à l'instar de l'expert psychiatre, que l'état de l'assurée s'était amélioré au point de lui permettre de recouvrer une capacité de travail de 100%. Dans la mesure où aucune limitation fonctionnelle n'est retenue, que ce soit au plan physique ou psychique, le degré de capacité de travail se confond avec celui de capacité de gain. Il en découle que c'est à juste titre que l'intimé a mis un terme au versement de la rente allouée jusqu'alors à la recourante. Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté. 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.