

## **GE\_GERICHTE A/1832/2011 vom 19. Dezember 2011**

GE Cour de justice, 2011-12-19, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1832\\_2011](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1832_2011)

FR: GE\_GERICHTE A/1832/2011 du 19 décembre 2011

IT: GE\_GERICHTE A/1832/2011 del 19 dicembre 2011

### **Erwägungen**

#### **E. 9**

ème Chambre En la cause Madame M \_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Samantha EREMITA recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève intimé EN FAIT Madame M \_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1958, est au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 23 octobre 1999. Cette rente entière lui a été octroyée sur la base des conclusions d'une expertise bi-disciplinaire rhumatologique et psychiatrique confiée en 2002 par l'Office cantonal de l'assurance-invalidité - devenu depuis lors l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) - à la Policlinique médicale universitaire. Dite expertise a été rendue le 23 octobre 2002. Les experts avaient alors retenu - comme ayant une influence sur la capacité de travail - les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans syndrome psychotique (F33.2), de probable état de stress post-traumatique (F41.1) et d'état douloureux chronique de type fibromyalgie (R52.1). Sur le plan rhumatologique, l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse diffuse de l'appareil locomoteur sous forme de cervico-brachialgies prédominant à droite et de dorsolombalgies irradiant aux deux membres inférieurs sans syndrome radiculaire rapporté. Tous les points de fibromyalgie étaient positifs, ainsi que les points de contrôle, traduisant un abaissement du seuil douloureux. Deux signes de non-organicité selon Waddell sur cinq étaient relevés. Sur le plan psychique, l'état de l'assurée se caractérisait par de la tristesse, une asthénie importante, une anhédonie franche, une importante diminution de la libido et une diminution de la concentration avec discrète baisse de la mémoire, un sentiment d'insécurité et un état anxieux important avec oppression thoracique et angoisses nocturnes. En outre, la vie familiale était restreinte avec repli social, l'assurée n'exerçant que peu d'activité, l'essentiel du ménage et des tâches de la vie quotidienne étant assurés par son mari et sa sœur aînée (partageant le domicile). Enfin, la présence probable d'un état de stress post-traumatique (cauchemars, angoisses nocturnes) n'était pas à exclure. En effet, en 1999, l'assurée avait découvert dans des circonstances dramatiques le cadavre de la femme de son jeune frère tuée par ce dernier. De manière générale, les experts ne relevaient aucune discordance entre les plaintes rapportées par l'assurée, le status et le comportement, précisant qu'ils n'avaient aucune raison de douter de l'authenticité de son vécu douloureux. Il était même étonnant que l'assurée, disposant à l'origine de peu de ressources et évoluant de longue date dans un milieu où la maladie tant physique que psychique était présente (un père décédé d'un cancer, une mère paralysée, trois frères bénéficiaires d'une rente invalidité, une sœur souffrant de dépression traitée, une autre souffrant de céphalées versus dépression) ait pu assumer pendant plusieurs années une activité lucrative. Pour toutes ces raisons, la capacité de travail résiduelle était de 20 à 30% à visée occupationnelle, dans un emploi adapté. Le pronostic restait sombre au vu de l'association d'état douloureux

chronique, d'un trouble dépressif récurrent avec épisode actuel sévère, un probable état de stress post-traumatique, ainsi que des limitations invalidantes liées au vécu douloureux chronique. Aucune mesure médicale ne pouvait en outre améliorer la capacité de travail, l'assurée bénéficiant déjà d'un traitement antidépresseur ainsi que d'une prise en charge psychothérapeutique paraissant bien investie. Enfin, il apparaissait illusoire de pouvoir espérer à long terme une amélioration significative de la capacité de travail. En mars 2009, l'OAI a ouvert une procédure de révision à l'endroit de l'assurée. Dans ce cadre, la Dresse A \_\_\_\_\_, rhumatologue, a indiqué qu'elle suivait l'assurée depuis 2000 pour des douleurs de l'épaule droite dans les suites d'une acromioplastie. Dans le même temps, l'assurée avait développé un syndrome douloureux chronique (depuis 1998) et un état dépressif. Ces atteintes à la santé avaient toutes une influence sur la capacité de travail. D'un point de vue rhumatologique, l'assurée ne pouvait effectuer ni des travaux lourds ni des mouvements répétés avec le membre supérieur droit. D'un point de vue psychiatrique, si elle n'avait plus de suivi depuis environ 2 ans, il fallait néanmoins requérir l'avis d'un spécialiste, étant précisé que l'assurée avait été hospitalisée plusieurs fois ces dernières années et qu'elle avait été suivie conjointement par le Dr B \_\_\_\_\_ et les Centres de thérapies brèves (CTB). Le Dr B \_\_\_\_\_ a indiqué courant mai 2009 à l'OAI ne plus suivre l'assurée depuis plusieurs années. Les Hôpitaux Universitaires de Genève (ci-après: les HUG) ont transmis les rapports de sortie des séjours hospitaliers de l'assurée entre octobre 2004 et mai 2005. Il en ressort en particulier ce qui suit: L'assurée a été hospitalisée au CTB de la Servette, en entrée non volontaire du 17 au 26 octobre 2004 en raison d'un risque auto-agressif (a menacé de se défenestrer) et suspicion d'idées délirantes type jalousie et persécution. A son entrée, aucun trouble de l'attention ni de la mémoire n'a été constaté, le discours était cohérent et focalisé sur des difficultés conjugales. La thymie était triste, avec idée suicidaire, anxiété, trouble de l'endormissement et du maintien. En cours d'hospitalisation, l'évolution de la symptomatologie a été rapidement favorable grâce à la mise à distance du conflit conjugal. Des entretiens de couple sont mis en place au cours desquels l'époux fait part de son souhait de se séparer. Le diagnostic posé est un épisode dépressif léger sans syndrome psychotique. Le traitement prescrit à la sortie est du DEROXAT, de l'IMOVINE et du RIVOTRIL (cf. rapport du 5 novembre 2004). L'assurée a été hospitalisée toujours au CTB de la Servette, en entrée volontaire du 8 au 12 novembre 2004, sur certificat de son médecin traitant le Dr B \_\_\_\_\_ en raison d'un état dépressif avec idées suicidaires dans le cadre de difficultés conjugales et violences physiques de part et d'autre. A son entrée, il est noté un état de tristesse sans idées suicidaires, un état de fatigue, d'angoisse et de peur de la violence de son mari. L'élan vital est conservé et il n'y a toujours pas de troubles psychotiques. Un entretien de couple est conduit et l'évolution clinique de l'assurée est rapidement favorable. A la sortie, il est décidé de mettre en place un soutien infirmier au CTB de la Servette en complément du suivi en cabinet. Le diagnostic posé est une réaction mixte anxieuse et dépressive. Le traitement DEROXAT et IMOVANE est conservé (cf. rapport du 18 novembre 2004) L'assurée a été hospitalisée à Belle Idée, en entrée volontaire du 26 au 30 décembre 2004, pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen avec syndrome somatique dans le cadre d'un conflit de couple avec violence ayant nécessité l'intervention de la police. Des soins ambulatoires au long cours auprès du CTB et du CIMPV sont préconisés à la sortie et acceptés par l'assurée. Le traitement prescrit à la sortie est du DEROXAT, du DALMADORM et du DAFALGAN (cf. rapport du 21 avril 2005). L'assurée a été hospitalisée au département de psychiatrie des HUG, en entrée non volontaire du 7 au 28

février 2005 pour une décompensation thymique avec risque suicidaire, dans un contexte de violences conjugales. A son entrée, sont relevés un état de tristesse (pleurs) avec anxiété, asthénie, anhédonie, culpabilité, sentiment de solitude, inappétence, insomnie et idéation suicidaire sans projet. En revanche, il n'y a pas de symptômes psychotiques, le discours est cohérent, fluide et informatif. Lors de l'hospitalisation, l'évolution a été rapidement favorable avec une nette amélioration de l'humeur. Un appui du CTB en vue d'une réintégration du domicile conjugal est proposé. Le traitement prescrit à la sortie est de l'EFEXOR (à la place du REMERON), du XANAX, du RISPERDAL, du DALMADORM et du DAFALGAN (cf. rapport du 1<sup>er</sup> mars 2005). L'assurée a été hospitalisée au CTB de la Servette, en entrée non volontaire du 3 au 20 mai 2005, sur certificat du Dr C \_\_\_\_\_ (médecin de garde) en raison de menaces suicidaires par pendaison, dans le contexte d'un conflit conjugal. A l'entrée, le discours est fluide et cohérent, il n'y a pas de ralentissement psychomoteur. Toutefois, la patiente se plaint de possibles hallucinations visuelles, d'un état de tristesse et de fatigue avec troubles du sommeil. En cours d'hospitalisation, l'état clinique s'améliore rapidement, les idées suicidaires disparaissent, il persiste une tristesse légère fluctuante et une anxiété de fond concernant la situation conjugale. Une thérapie de couple est préconisée. Le diagnostic posé est un trouble de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites. Le traitement prescrit à la sortie est du FLUCTINE, du XANAX, du DALMADORM. Par avis daté du 28 août 2009, le Dr D \_\_\_\_\_, médecin auprès du Service médical régional de l'OAI (ci-après: SMR), a préconisé la mise sur pied d'une expertise rhumatologique et psychiatrique auprès d'un COMAI. Il a relevé que le statut clinique avait été marqué par cinq hospitalisations pour des épisodes dépressifs de gravité légère à sévère. Il n'y avait en revanche plus de suivi psychiatrique depuis deux ans, ce qui parlait sous l'angle psychique en faveur d'une amélioration. Les Dr E \_\_\_\_\_, rhumatologue, et F \_\_\_\_\_, psychiatre, tous deux médecins auprès du CEMED, ont conduit une expertise bidisciplinaire en date des 6 et 30 octobre 2009. Ils ont analysé les pièces du dossier, procédé à une anamnèse, recueilli les plaintes de l'assurée et effectué un examen clinique (status somatique général, status neurologique, status ostéoarticulaire, status psychique). Sur le plan somatique, relevant que la situation était identique à celle connue par le passé avec un syndrome douloureux chronique, ils ont maintenu le diagnostic de fibromyalgie relevant que les "trigger" points étaient tous présents (trapèze angulaire, angulaire de l'homoplate, occiput, cervical, manubrium) et que les ostéo-tendineuses étaient sensibles aux épicondyles et aux styloïdes radiales des deux côtés. Sur le plan psychique, ils ont diagnostiqué un trouble dépressif récurrent, en rémission. Ils ont exclu tout symptôme de la lignée psychotique, toute attaque panique, phobies, obsessions, anxiété généralisée, idées délirantes, troubles de la perception et hallucinations. Il n'y avait par ailleurs plus d'éléments manifestes en faveur d'un état de stress post-traumatique lié au viol subi à l'âge de 19 ans, quand bien même l'assurée présentait une tendance aux réactions de ce type. En effet, si l'assuré se plaignait de maux de tête, d'angoisse, de réveils nocturnes, de difficulté de concentration (oublis fréquents), de fatigue avec un ralentissement psychomoteur, de ruminations quant à son état de santé, d'un sentiment de peur, de solitude et d'abandon, elle admettait néanmoins que son état s'était amélioré depuis trois ans. De la même manière, si elle avait connu par le passé des idées noires et suicidaires (et un passage à l'acte il y a cinq ans), elle niait clairement être animée par de telles idées actuellement. Ainsi, elle avait cessé toute thérapie depuis 18 mois. Quant à sa situation personnelle, suite à sa séparation de son époux en 2006, elle avait entretenu une liaison - emprunte de violence - pendant 18 mois. Après avoir habité d'abord en foyer,

puis dans une chambre d'hôtel financée par l'aide sociale, elle vivait à présent - et depuis juillet 2009 - seule dans un studio. Elle rencontrait régulièrement des amies et entretenait un contact régulier avec deux de ses frères vivant à Genève. Ses journées se partageaient entre des promenades et des discussions avec ses amies et ses frères, les commissions, le ménage (nettoyage, repassage, aspirateur, vaisselle), la cuisine et la télévision. En conséquence, si l'humeur était légèrement déprimée à la base avec un sentiment fluctuant d'angoisse, une comorbidité psychiatrique justifiant une incapacité de travail faisait défaut. Il n'y avait aucun trouble important de la mémoire, aucun trouble de la concentration et de l'attention, pas de ralentissement psychomoteur, ni de signe manifeste de manque d'énergie ou de fatigue. Les idées suicidaires étaient mises à distance. En outre, il n'y avait ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni état psychique cristallisé, ni échec des traitements conformes aux règles de l'art. En conclusion, la capacité de travail était de 100% dans une activité simple comme le nettoyage. Il convenait d'envisager des mesures de réadaptation dans le but de permettre à l'assuré de s'habituer à un rythme de travail, de s'intégrer à un réseau social et de mobiliser ses ressources existantes. En outre, les experts préconisaient la poursuite du traitement antidépresseur afin de réduire un nouvel épisode dépressif. Par avis du 24 juin 2010, le Dr D \_\_\_\_\_ a conclu - au vu de l'expertise - à une amélioration de l'état de santé démontrée avec le temps, stable depuis trois ans, de sorte que l'état de santé de l'assurée ne justifiait plus une quelconque incapacité de travail. Par projet de décision du 9 juillet 2010, l'OAI a supprimé la rente entière d'invalidité avec effet au premier jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification de la décision. A l'appui de sa décision, il a expliqué que les pièces médicales du dossier attestaient sur le plan somatique de l'existence d'une fibromyalgie floride, non modifiée depuis plusieurs années. En revanche, sur le plan psychique, la situation s'était améliorée progressivement pour se stabiliser depuis trois ans. Sous cet angle, le diagnostic se limitait à présent à un trouble dépressif récurrent en rémission, malgré la persistance de quelques symptômes résiduels. Par ailleurs, les experts avaient exclu toute comorbidité psychiatrique grave et n'avaient constaté ni perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, ni état psychique cristallisé, pas plus qu'un échec des traitements conforme aux règles de l'art. Par détermination du 13 septembre 2010, l'assurée a - par la voie de son conseil - contesté disposer d'une pleine et entière capacité de travail. Elle a en particulier fait valoir qu'elle souffrait d'une nouvelle décompensation et produit un avis du 9 août 2010 de la Dresse A \_\_\_\_\_. Elle a également expliqué qu'elle était à nouveau suivie par un médecin psychiatre, le Dr G \_\_\_\_\_, ce depuis le mois d'août 2010, qu'elle prenait toujours des antidépresseurs (FLUCTINE) et des anxiolytiques. Par rapport daté du 14 décembre 2010, le Dr G \_\_\_\_\_ a indiqué que sa patiente - qu'il suivait depuis le mois d'août - présentait une symptomatologie dépressive et anxieuse de longue date avec actuellement les symptômes suivants: humeur dépressive, tristesse, propos fatalistes, ennui, pessimisme, fatigue, perte d'énergie, sentiment net d'inutilité et de dévalorisation, pensées récurrentes de mort, insomnies fréquentes malgré le STILNOX, réveils fréquents la nuit, cauchemars, libido inexistante, état de tension, de préoccupation et de peur, retrait social, sentiment de solitude et d'angoisse, maux de tête et douleurs liées à la fibromyalgie. Il a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de trouble anxieux, depuis août 2010, et de fibromyalgie depuis 1999. Il a conclu à une incapacité totale de 100% depuis le 2 août 2010, le pronostic étant réservé pour l'avenir. Le traitement médical consistait dans un suivi psychiatrique et la prise de médicament (FLUCTINE, STILNOX). S'agissant des limitations fonctionnelles, il a en particulier relevé des capacités de

concentration et d'adaptation limitées. Le 24 février 2011, le Dr H \_\_\_\_\_, médecin psychiatre auprès du SMR, a procédé à un examen clinique de l'assurée dans le but d'évaluer le degré de sévérité du nouvel épisode dépressif. Il a rendu son rapport le 3 mai 2011. Alors que la famille de l'assurée était marquée par de nombreux antécédents psychiatriques, l'assurée avait bénéficié d'un traitement psychiatrique ambulatoire dès 1999. Elle avait été suivie par le Dr B \_\_\_\_\_ entre 2004 et 2007 et avait connu 5 séjours en milieu psychiatrique entre 2004 et 2005 pour un trouble dépressif récurrent (épisode léger sans syndrome somatique ou épisode sévère sans symptôme psychotique). L'assurée n'avait pas été suivie entre 2008 et 2010. Elle avait repris des consultations psychiatriques en août 2010 avec le Dr G \_\_\_\_\_. Au jour de l'examen, l'assurée indiquait qu'elle ne se sentait pas bien et que la vie était compliquée. Elle se plaignait de mal dormir et de l'absence de force et de connaître un état d'angoisse et de tristesse. S'agissant des diagnostics, le Dr H \_\_\_\_\_ a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique (F33.10), une fibromyalgie et un trouble anxieux sans précision (F41.9). En effet, l'examen clinique avait permis d'objectiver la présence de deux critères majeurs de la dépression, à savoir un abaissement de l'humeur d'intensité moyenne et une réduction de l'énergie d'origine mixte (dépressive et du fait des douleurs). En revanche, le troisième critère - la diminution de l'intérêt et du plaisir - faisait défaut: elle fréquentait des amies, faisait de la natation et se réjouissait à la perspective de devenir grand-mère. En définitive, seul un abaissement de l'humeur d'intensité moyenne, une réduction de l'énergie, un certain sentiment d'inutilité et de dévalorisation ainsi qu'une attitude morose et pessimiste face à l'avenir pouvaient être retenus. L'idéation suicidaire revêtait un caractère fluctuant, sans scénarisation ni projet de réalisation. Il n'existait donc pas de comorbidité psychiatrique grave (pas de troubles de la personnalité, pas de signe de la série psychotique, pas de trouble phobique ou obsessionnel, pas d'anxiété généralisée, pas de trouble de la concentration). En outre, si l'on était en présence d'une affection chronique s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, dont le traitement avait manifestement échoué, il était difficile d'affirmer que l'état psychique était cristallisé. Enfin, il n'y avait pas de perte d'intégration sociale. En conclusion, la capacité de travail était entière depuis la fin 2007 dans l'activité habituelle ou toute autre activité manuelle simple. En conséquence, par décision du 10 mai 2011, l'OAI a supprimé la rente entière d'invalidité avec effet dès le 1<sup>er</sup> jour du deuxième mois suivant la notification. Le 14 juin 2011, l'assurée a interjeté un recours contre cette décision auprès de la Cour de justice, Chambre des assurances sociales (ci-après; la Cour de céans) et a conclu préalablement à la mise en œuvre d'une expertise médicale. Sur le fond, elle conteste que les critères permettant d'apprécier le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux fasse défaut, en particulier l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. A cet égard, elle produit un nouveau rapport du Dr G \_\_\_\_\_ rendu le 8 juin 2011. Rappelant suivre la recourante depuis le mois d'août 2010, ce dernier indique que l'état de santé de sa patiente - depuis son dernier rapport en décembre 2010 - ne s'est guère amélioré. En effet, sa patiente continue de se plaindre de céphalées (journalières) dont l'intensité l'empêche de quitter le domicile et d'assumer pendant plusieurs jours les activités de la vie quotidienne (faire le ménage, se laver). En outre, en séance, elle pleure fréquemment, relate dans ses propos un désir de mort récurrent (par ingestion médicamenteuse ou par étranglement avec le fil de la télévision), indique que plus rien - pas même la naissance de son petit fils - ne lui fait plaisir, ni ne lui procure de la joie. Enfin, sa patiente se cloître chez elle pendant plusieurs jours, elle n'a aucun entrain, se sent vidée,

épuisée par des réveils nocturnes fréquents ou des insomnies. A cela s'ajoute des préoccupations anxieuses, des peurs et des états de tension permanents. En conséquence, souffrant d'une dépression récurrente d'intensité sévère, avec idéation suicidaire, sa patiente est totalement incapable d'assumer une activité lucrative quelle qu'elle soit. Par réponse du 13 juillet 2011, l'OAI a persisté dans sa position en ce sens que les pièces médicales du dossier permettaient de conclure à une amélioration durable de l'état de santé depuis fin 2007. Si le médecin-traitant de la recourante avait fait état de l'évocation d'un scénario impliquant un passage à l'acte et que cet élément nouveau pouvait constituer une aggravation de l'état de santé, il ne s'agissait pas là d'une question décisive et pertinente pour la résolution du litige, car cet élément était survenu à une date postérieure à la décision. Par détermination du 26 août 2011, la recourante a maintenu ses conclusions et sollicité la mise en œuvre d'une expertise médicale auprès du BREM. Sur quoi, la cause a été gardée à juger. EN DROIT Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 9 octobre 2009 (LOJ; RS E 2 05) en vigueur dès le 1<sup>er</sup> 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2003, et les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision) et du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. 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). 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, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, les faits pertinents remontent à l'année 2009 (début de la procédure de révision) et la décision litigieuse a été rendue en mai 2011. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de la 5<sup>ème</sup> révision de la LAI et en fonction des nouvelles normes de la LPGA (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 (ATFA non publié 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). Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable, en vertu des art. 56ss LPGA. Le litige porte sur la question de savoir si l'OAI était fondé à supprimer la rente entière d'invalidité de la recourante dans le cadre d'une procédure de révision. L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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 1<sup>er</sup> 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). En l'espèce, il s'agit donc de comparer la situation prévalant en 2002 lors de l'octroi de la rente invalidité et celle prévalant en mai 2011 au moment où la décision litigieuse a été rendue. A cet égard, l'OAI a considéré que - ne souffrant plus que d'un trouble dépressif récurrent en voie de rémission - l'état de santé de la recourante s'était amélioré et stabilisé de manière notable depuis 3 ans, de sorte que la recourante avait recouvré une pleine et entière capacité de travail rendant son degré d'invalidité nul. A l'appui de sa décision, l'OAI s'est fondé sur l'expertise bidisciplinaire rendue en octobre 2009 par les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, médecins spécialistes au CEMED, selon lesquels la capacité de travail de la recourante était depuis fin 2007 de 100% dans une activité simple comme le nettoyage. 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). 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 (art. 7 LPGA). En vertu de l'art. 28 al. 1 LAI (dans sa version antérieure au 1<sup>er</sup> janvier 2004), l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 66 2/3% 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; dans les cas pénibles, l'assuré peut, d'après l'art. 28 al. 1bis LAI, prétendre à une demi-rente s'il est invalide à 40 % au moins. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). 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 (MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, Zurich 1997, p. 8). Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). Selon le principe de la 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). 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. 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). 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. cc). On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170, consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007, consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n° 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments

objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (ATF non publié 9C\_369/2008 du 5 mars 2009, consid. 2.2). 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 126 V 353, consid. 5b; ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 125 V 193, consid. 2). 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). 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 maladif, 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; ATFA non publié I 786/04 du 19 janvier 2006, consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement 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). La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail. Une évaluation psychologique peut remplacer l'appréciation d'un psychiatre lorsqu'elle permet de résoudre la question décisive qui se pose en présence de troubles somatoformes douloureux, à savoir si l'assurée possède en elle suffisamment de ressources psychiques pour faire face à ses douleurs et réintégrer le circuit économique eu égard aux critères développés par la jurisprudence (ATFA non publié I 544/04 du 13 décembre 2005, consid. 3.1). Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne

incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (ATFA non publié I 1093/06 du 3 décembre 2007, consid. 3.2). Peut constituer une telle comorbidité un état dépressif majeur (ATF 135 V 65, consid. 4.2.2; ATF 9C 387/2009 du 5 octobre 2009, consid. 3.2). Il y a lieu d'observer que selon la doctrine médicale sur laquelle s'appuie le Tribunal fédéral, les états dépressifs ne constituent en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux, dans la mesure où ils ne sont en règle générale qu'une manifestation réactive ne devant pas faire l'objet d'un diagnostic séparé (ATFA non publié I 497/04 du 12 septembre 2005, consid. 5.1 et les réf. cit.). Parmi les autres critères déterminants, doivent être considérés comme pertinents, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), des affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée. En présence d'une comorbidité psychiatrique, il sera également tenu compte de l'existence d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie) (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (ATF I 590/05 du 27 février 2007, consid. 3.1). A l'inverse, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Enfin, compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés. Demeurent réservés les cas où un syndrome douloureux sans étiologie claire et fiable est associé à une affection psychique qui, en elle-même ou en corrélation avec l'état douloureux, est propre à entraîner une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATFA non publié I 421/06 du 6 novembre 2007, consid. 3.1; ATFA non publié I 382/00 du 9 octobre 2001, consid. 2b). L'égalité de traitement commande en effet de soumettre tous les tableaux cliniques présentant des syndromes sans origine pathogène ou étiologique claire aux mêmes exigences en matière d'assurances sociales (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5). Ainsi, les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65

consid. 4.1) au syndrome de fatigue chronique (ATF non publié 9C\_662/2009 du 17 août 2010, consid. 2.3), de neurasthénie (ATFA non publié I 70/07 du 14 avril 2008, consid. 5), d'anesthésie dissociative et d'atteintes sensorielles (ATFA non publié I 9/07 du 9 février 2007, consid. 4) ainsi qu'en matière de troubles moteurs dissociatifs (ATF non publié 9C\_903/2007 du 30 avril 2008, consid. 3.4) et de traumatisme du type "coup du lapin" (ATF 136 V 279 consid. 3.2.3).

#### **E. 14**

En l'espèce, la décision litigieuse se fonde sur une expertise bidisciplinaire rendue en avril 2010 par le Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_. Il s'agit donc en premier lieu d'examiner la valeur probante de cette expertise. Sur le plan formel, cette dernière respecte les exigences posées par la jurisprudence. Elle comprend une analyse des pièces du dossier et une anamnèse. Les experts ont par ailleurs recueilli les plaintes de la recourante et procédé à un examen clinique (status somatique général, status neurologique, status ostéoarticulaire et status psychique). Sur le fond, ils ont diagnostiqué un syndrome douloureux chronique (fibromyalgie) et un trouble dépressif récurrent en rémission. Ils ont ainsi conclu à une pleine capacité de travail. Les diagnostics posés par les experts rejoignent dans une large mesure ceux posés par les médecins traitants. Sur le plan somatique, la Dresse A\_\_\_\_\_ a en effet retenu un syndrome douloureux chronique assorti de douleurs à l'épaule droite des suites d'une acromioplastie, ainsi qu'un état dépressif (cf. rapport médical du 20 avril 2009). Sur le plan psychique, alors que le Dr B\_\_\_\_\_ a confirmé courant mai 2009 à l'OAI ne plus suivre la recourante depuis plusieurs années, la Dresse A\_\_\_\_\_ a signalé à l'OAI que la recourante connaissait une nouvelle décompensation psychique (cf. avis du 9 août 2010), ce qui l'avait conduite à débiter un suivi psychiatrique auprès du Dr G\_\_\_\_\_. Ce dernier a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, de trouble anxieux (depuis août 2010) et de fibromyalgie (cf. rapport du 14 décembre 2010). Il a indiqué qu'à ce titre sa patiente était totalement incapable de travailler. Le diagnostic posé par le Dr G\_\_\_\_\_ a été confirmé par Dr H\_\_\_\_\_, médecin SMR, qui a examiné la recourante le 24 février 2011 et a conclu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen (abaissement de l'humeur, réduction de l'énergie), une fibromyalgie et un trouble anxieux sans autre précision (cf. rapport du 3 mai 2011). Tant les experts que le Dr D. G\_\_\_\_\_ ont relevé, au nombre des symptômes et des plaintes, des maux de tête, des angoisses, des réveils nocturnes, des difficultés de concentration, de la fatigue (avec ralentissement psycho-moteur), des ruminations, un sentiment de peur, de solitude et d'abandon. Le Dr G\_\_\_\_\_ a également fait état d'un état de tristesse, de propos fatalistes et pessimistes, d'un sentiment d'inutilité et de dévalorisation, de pensées récurrentes de mort, d'insomnies, de cauchemars et d'une libido inexistante. Ni les experts, ni le médecin-traitant, ni le médecin SMR n'ont relevé de comorbidité psychiatrique grave prenant la forme d'un état dépressif majeur. Ces diagnostics - au moment où ils ont été posés - n'ont pas été remis en cause par la recourante et cette dernière n'a en particulier pas contesté avoir indiqué aux experts se sentir mieux, exclure toutes idées noires et suicidaires et se réjouir de la perspective de devenir grand-mère. La recourante n'a pas contesté non plus les modalités de son existence telles que relevées dans l'expertise, à savoir le fait qu'elle vivait seule et partageait son temps entre des promenades, des rencontres avec des amies et deux de ses frères, les commissions, le ménage, la cuisine et la télévision. Enfin, il n'est pas contesté que la recourante ait cessé tout suivi thérapeutique, vraisemblablement depuis 2007 jusqu'en août 2010, quand bien même elle a poursuivi la prise

d'anti-dépresseurs. En conséquence, au vu des conclusions concordantes quant aux diagnostics, la Cour de céans est convaincue au degré de la vraisemblance prépondérante qu'au moment où la décision querellée a été rendue, l'état de santé de la recourante s'était notablement amélioré par rapport à la situation prévalant en 2002, dès lors qu'elle ne souffrait plus d'un trouble dépressif grave. En matière de fibromyalgie, la jurisprudence du Tribunal fédéral pose plusieurs conditions pour admettre que l'assuré ne dispose plus des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs et réintégrer un processus de travail. Au nombre de ces circonstances figurent une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée (tel un état dépressif majeur) et une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie. Or, il résulte de ce qui précède que ces circonstances font défaut en l'espèce. Dès lors, à l'instar de ce qui a été constaté par les experts, la Cour de céans retiendra que la recourante a recouvré une pleine et entière capacité de travail depuis 2007. Cet état prévalait au moment où la décision attaquée a été rendue. Partant et sous cet angle, le recours doit être rejeté. Pour le surplus, la recourante a allégué dans son recours que son état de santé s'était encore péjoré. A l'appui de ses dires, elle se prévaut, notamment, d'un rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 8 juin 2011, soit d'une date postérieure à la décision litigieuse. Dans ce rapport, le Dr G\_\_\_\_\_ - qui indique que l'état de santé de sa patiente ne s'est guère amélioré depuis son dernier rapport en décembre 2010 - pose le diagnostic dépression récurrente d'intensité sévère, avec idéation suicidaire (désir de mort par ingestion médicamenteuse ou par étranglement). Il relève - outre les symptômes déjà décrits précédemment - que sa patiente ne se réjouit plus de rien, qu'elle n'est plus en mesure d'assumer pendant plusieurs jours ses activités de la vie quotidienne (faire le ménage, se laver) et qu'elle peut rester cloîtrée chez elle pendant plusieurs jours. Il conclut à une incapacité totale de travail. Ce rapport n'apporte cependant pas d'éléments nouveaux. Le Dr G\_\_\_\_\_ relève que l'état de santé de sa patiente ne s'est guère amélioré, mais ne fait pas état d'une péjoration depuis l'établissement de son dernier rapport du 14 décembre 2010. Il ne met pas non plus en exergue un changement qui serait intervenu entre la date de l'examen au SMR en février 2011 et celle de la décision de mai 2011. Il n'y a donc pas lieu de retenir la survenance entre ces deux dates d'une aggravation de l'état de santé psychique de l'assurée. Par ailleurs, comme le soutient à juste titre l'intimé, une éventuelle aggravation de l'état de santé postérieure au 11 mai 2011 n'est en l'espèce par pertinente pour la résolution du litige. En effet, selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue et que les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références), les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; ATFA du 18 juillet 2005, I 321/04, consid. 5). Partant, sous cet angle également, le recours sera rejeté et il n'y a pas lieu de donner suite à la demande d'instruction complémentaire formulée par la recourante. Cela étant, si des éléments plaident en faveur d'une aggravation de l'état de santé à une date postérieure à la décision, il est loisible à la recourante de s'en prévaloir dans le cadre d'une nouvelle demande de révision de son droit à la rente, étant rappelé que si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assurée dans les trois ans qui suivent présente un nouveau degré d'invalidité, on déduira de la période d'attente que lui imposerait l'article 28

al. 1 let. b LAI, celle qui a précédé le premier octroi (art. 29 bis du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité. Enfin, si les conditions de la révision sont comme en l'espèce 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 (ATFA non publié 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. En vertu de l'art. 88a RAI, la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable. 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. La décision litigieuse supprimant la rente dès le 1<sup>er</sup> jour du 2<sup>ème</sup> mois suivant la notification est donc conforme au droit et sera ainsi en tous points confirmée. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Étant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de 200 fr. \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : Le déclare recevable. Au fond : Le rejette. Met un émolument de 200 fr. à la charge de la recourante. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi. La greffière Maryse BRIAND La présidente Florence KRAUSKOPF Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le

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