

## GE\_GERICHTE A/2746/2016 vom 11. Mai 2017

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

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_2746\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_2746_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/2746/2016 du 11 mai 2017

IT: GE\_GERICHTE A/2746/2016 del 11 maggio 2017

### Erwägungen

#### E. 5

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à GENÈVE 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 le \_\_\_\_\_ 1974, mère d'un enfant né en 2010, a subi un accident de la circulation le 23 août 2000. Alors qu'elle roulait à motocyclette sur la piste de droite, un automobiliste roulant sur la piste de gauche a soudainement bifurqué à droite et l'a renversée en lui coupant la route. Elle a été transportée en ambulance aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), où lui ont été diagnostiqués une fracture du tiers moyen de la clavicule gauche et une contusion du pied gauche. À l'époque, l'assurée suivait une formation d'architecte d'intérieur et travaillait parallèlement comme agente de sécurité pour l'entreprise Securitas. Depuis l'accident, l'assurée a pu terminer sa formation, mais elle n'a jamais repris d'activité lucrative.!

2. La WINTERTHUR ASSURANCE (ci-après : la WINTERTHUR), auprès de laquelle elle était assurée contre les accidents, a pris en charge les soins et lui a alloué des indemnités journalières. !

3. L'apparition de céphalées fluctuantes, de troubles du sommeil et de la concentration ont motivé un bilan neuropsychologique réalisé le 19 décembre 2000 par le docteur B\_\_\_\_\_, neurologue. Dans son rapport, ce médecin a constaté d'importants troubles de l'attention et de la mémoire au travail, de très discrètes difficultés sur le plan des fonctions exécutives et un score élevé dans une échelle d'auto-évaluation de composantes anxio-dépressives. Ce tableau était compatible avec un syndrome post-traumatique modéré; l'étiologie des troubles était partiellement en rapport avec un traumatisme mineur subi par l'assurée, certainement aggravé par des troubles thymiques et anxieux.!

4. Par rapports des 2 février et 11 juillet 2001, le docteur C\_\_\_\_\_, ancien médecin traitant de l'assurée, a notamment posé les diagnostics de stress post-traumatique, d'état dépressif majeur, de troubles de la concentration et de céphalées.!

5. La WINTERTHUR a ordonné une expertise auprès du docteur D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie. Dans son rapport du 5 novembre 2001, cet expert a retenu les diagnostics de traumatisme cranio-cérébral, de commotion cérébrale, de probable syndrome de stress post-traumatique et d'état dépressif réactionnel (à évaluer par une expertise psychiatrique), de fracture du tiers moyen de la clavicule gauche, de pseudarthrose de la clavicule gauche ainsi que de contusion du pied gauche. L'examen rhumatologique montrait une volumineuse tuméfaction du tiers moyen de la clavicule gauche et une mobilisation douloureuse de l'épaule, tandis que les radiographies mettaient en évidence une fracture non-consolidée de la clavicule et une pseudarthrose, de sorte qu'une intervention chirurgicale lui paraissait indiquée. Par ailleurs, l'accident paraissait avoir entraîné des troubles psychiques et neuropsychologiques, de sorte qu'il suggérait la désignation d'un expert psychiatre.!

6. Le 18 décembre 2001, le docteur E\_\_\_\_\_ a pratiqué une intervention chirurgicale de décortication, greffe et

ostéosynthèse de la clavicule gauche de l'assurée. !endif>![if> 7. Mandaté par la WINTERTHUR pour réaliser une expertise, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, dans son rapport du 4 mars 2002, a posé le diagnostic de modifications durables de la personnalité, et attesté d'une incapacité de travail totale.![endif]>![if> 8. Le 19 mars 2002, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI).![endif]>![if> 9. L'assurée a consulté le docteur G\_\_\_\_\_, psychiatre du Centre de thérapies brèves des Hôpitaux universitaires de Genève, lequel a attesté d'une incapacité de travail totale du 22 mai au 17 juillet 2002 en raison d'un épisode dépressif sévère. !endif]>![if> 10. Par rapports des 30 avril et 17 juin 2002, les docteurs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ ont considéré que, sur le plan somatique, une reprise du travail pouvait être exigée dès le 1 er mai 2002. !endif]>![if> 11. Par décision du 1 er octobre 2002, la WINTERTHUR a mis un terme au versement des indemnités journalières dès le 1 er juin 2002.![endif]>![if> 12. Saisie d'une opposition, la WINTERTHUR a requis du Dr D\_\_\_\_\_ un complément d'expertise. Dans son rapport du 21 janvier 2003, il a attesté une incapacité de travail totale comme agente de sécurité – qui impliquait une pleine possession de ses moyens physiques et comportait des risques de nouvelle fracture de la clavicule gauche – au moins jusqu'à l'ablation du matériel d'ostéosynthèse. En revanche, l'assurée disposait d'une pleine capacité de travail dans une activité adaptée permettant d'éviter des travaux de force, le port de charges et les mouvements répétitifs du membre supérieur gauche. À réception de ce rapport, l'assurée et la WINTERTHUR ont signé une convention prévoyant le versement d'indemnités journalières «à 100 %» jusqu'au 31 juillet 2003, puis, à certaines conditions, «à 50 %» jusqu'au 30 septembre 2003. Pour le surplus, aucun lien de causalité entre les troubles psychiques de l'assurée et l'accident n'était admis. L'assurée a signé cette convention le 21 mars 2003 tout en précisant, dans une lettre annexe, qu'elle contestait la position de l'assureur-accidents au sujet de ses troubles psychiques.![endif]>![if> 13. Par lettre du 23 mai 2003, l'assurée a informé la WINTERTHUR qu'elle avait dû se rendre en urgence à la Permanence de Vermont à cause d'importantes céphalées et de douleurs vertébrales, et qu'elle se voyait «contraint(e) d'invalider la Convention de règlement du 21 mars 2003». Elle a par la suite produit un rapport du 23 mai 2003 du docteur H\_\_\_\_\_, spécialiste en neurologie, faisant état d'un syndrome vertébral cervical assez important. Considérant qu'elle était saisie d'une demande de révision de la convention du 21 mars 2003, la WINTERTHUR l'a rejetée par décision du 28 juillet 2003, et a versé des indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2003. Le Tribunal cantonal des assurances sociales (aujourd'hui la chambre des assurances sociales de la Cour de justice) a rejeté le recours interjeté contre cette décision, par jugement du 14 septembre 2004.![endif]>![if> 14. Par arrêt du 25 février 2005, le Tribunal fédéral des assurances a annulé le jugement cantonal précité et la décision de l'assurance-accidents du 28 juillet 2003, et renvoyé la cause à cette dernière pour qu'elle rende une décision sur opposition. !endif]>![if> 15. Par décision sur opposition du 21 avril 2005, la WINTERTHUR a reconnu à l'assurée le droit à des indemnités journalières jusqu'au 31 juillet 2003.![endif]>![if> 16. Le 8 juillet 2005, l'OAI a diligenté une expertise auprès du Dr I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. L'expert a retenu les diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail de syndrome post-commotionnel, de cervicalgies chroniques hautement invalidantes, de lombalgies chroniques et de trouble dépressif récurrent, actuellement moyen. Selon lui, l'assurée n'avait pas présenté de pathologie somatique ou psychique ni de trouble grave de la personnalité avant son accident

de 2000. Par la suite, elle avait développé les symptômes d'un syndrome post-commotionnel, lequel survenait à la suite d'un traumatisme crânien suffisamment grave pour engendrer une perte de connaissance et impliquait des symptômes tels que céphalées, fatigue, irritabilité, difficultés de concentration, altération de la mémoire et diminution de la tolérance au stress. Différents bilans neuropsychologiques avaient mis en évidence des déficits de l'attention, de la concentration et de la « mémoire de fixation », ainsi qu'un ralentissement pour toute activité cognitive complexe. À cet égard, l'expert indiquait avoir assisté, après presque trois heures d'entretien, à une crise de douleurs au cours de laquelle il avait vu l'assurée « s'effriter après une lente diminution des facultés intellectuelles (...) ». Ces douleurs, classiquement répertoriées dans le diagnostic de syndrome post-commotionnel, étaient hautement handicapantes au quotidien et empêchaient l'assurée de prévoir ou programmer n'importe quelle activité. Il en concluait que l'atteinte à la santé était très importante et que le pronostic était mauvais, l'incapacité de travail se justifiant pleinement à 100%. En outre, des mesures de réadaptation n'étaient pas envisageables au vu des troubles cognitifs persistants démontrés par les évaluations neuropsychologiques.

17. Par arrêt du 19 janvier 2006, le Tribunal cantonal des assurances sociales a annulé les décisions de la WINTERTHUR des 1<sup>er</sup> octobre 2002 et 21 avril 2005.

18. Par arrêt du 23 mai 2007, le Tribunal fédéral a annulé l'arrêt cantonal précité et la décision du 21 avril 2005 de la Winterthur, et a renvoyé la cause à cette dernière pour qu'elle statue à nouveau sur le droit aux prestations. Selon la Haute Cour, il n'était pas suffisamment établi que l'assurée avait subi un traumatisme cranio-cérébral lors de l'accident de 2000, de sorte que la causalité adéquate devait être tranchée en distinguant les composantes psychiques et physiques des atteintes. Le Dr I\_\_\_\_\_ avait certes diagnostiqué un syndrome post-commotionnel, excluant d'autres troubles psychiques tels qu'un syndrome de stress post-traumatique et une simulation ou une hystérie de conversion, mais son expertise ne revêtait qu'une valeur probante limitée. Faute de lien de causalité adéquate, c'était à juste titre que la WINTERTHUR avait nié toute responsabilité pour une éventuelle incapacité de travail résultant de troubles psychiques ou neuropsychologiques. En revanche, cette assurance avait mis fin au versement des indemnités journalières dès le 1<sup>er</sup> août 2003 alors même que le Dr D\_\_\_\_\_ avait attesté d'une incapacité de travail dans la profession d'agente de sécurité, en raison des séquelles physiques de l'accident. Avant de nier le droit aux prestations au-delà du 31 juillet 2003, cette assurance devait examiner dans quelle mesure et à partir de quand il était raisonnablement exigible de l'assurée qu'elle mette à profit sa capacité de travail dans une activité adaptée, ainsi que quel revenu qu'elle pourrait en retirer.

19. Par décision sur opposition du 3 décembre 2007, la WINTERTHUR a confirmé mettre fin aux indemnités journalières le 31 juillet 2003, considérant qu'au-delà de cette date, l'état de santé était stabilisé et que l'assurée ne subissait plus de perte de gain.

20. Le rapport d'examen neuropsychologique établi le 5 octobre 2007 par Mme J\_\_\_\_\_, neuropsychologue, a conclu à une normalisation des tests d'apprentissage mais à la persistance d'une fatigue et de troubles sévères de l'attention, susceptibles de se répercuter sur l'apprentissage de tâches complexes.

21. Par décision formelle du 24 juin 2008, l'OAI, se fondant sur l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ que son service médical avait jugée probante, a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> décembre 2004, fondée sur un degré d'invalidité de 100%.

22. En avril 2011, l'OAI a initié une procédure de révision de la rente d'invalidité.

23. Le 7 avril 2011, dans le questionnaire relatif à la révision de la rente, l'assurée a exposé que son état de santé était

resté le même et qu'elle était désormais suivie par le Dr K\_\_\_\_\_. ![/endif]>![if> 24. Dans un rapport transmis à l'OAI le 24 juin 2011, le Dr K\_\_\_\_\_, médecin généraliste, a indiqué que l'assurée, qui souffrait toujours de cervicalgies chroniques, d'un status post luxation cervicale et de « limitations fonctionnelles douloureuses », demeurait sans emploi.![endif]>![if> 25. Selon une note d'entretien téléphonique du SMR du 12 septembre 2011, le Dr K\_\_\_\_\_ ne s'entretenait que très rarement avec l'assurée et n'était pas en mesure de le renseigner sur son état de santé, de sorte qu'une expertise était préconisée. ![/endif]>![if> 26. Dans le rapport d'expertise du 13 octobre 2011 du Bureau romand d'expertises médicales (BREM), rendu à la demande de la Cour civile du Tribunal cantonal vaudois, les Drs L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie, N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie ainsi que Mme O\_\_\_\_\_, neuropsychologue, ont retenu les diagnostics suivants : trouble de la personnalité labile, type borderline ; syndrome douloureux somatoforme persistant ; status après TCC, ostéosynthèse d'une fracture claviculaire gauche et entorse de la cheville gauche. Sur le plan somatique, l'examen clinique confirmait que l'assurée avait maintenu un excellent état général. Sa gestuelle n'était pas limitée, et il n'y avait pas de séquelles de la fracture claviculaire gauche ni de problème rachidien particulier. Il y avait une certaine laxité ligamentaire, sans que fussent réunis les critères d'un syndrome d'hyperlaxité. Le matériel d'ostéosynthèse, toujours en place, engendrait un risque pour l'activité professionnelle d'agent de sécurité ou les sports de contacts, mais il n'y avait pas de contre-indication pour les activités d'architecte d'intérieur ou de responsable dans l'hôtellerie, pas plus que pour les tâches ménagères. Par ailleurs, l'examen neurologique était normal. Sur le plan psychiatrique, le syndrome douloureux somatoforme persistant était accompagné d'une comorbidité sous la forme d'un trouble de personnalité borderline, qui n'était pas incapacitante mais compliquait la vie émotionnelle et relationnelle. L'assurée, qui avait une relation proche avec son enfant, était bien intégrée dans son milieu familial au sens étroit, et gardait le contact avec sa famille et quelques amis. Ses douleurs, nées en 2000, n'étaient que modérément améliorées par les traitements. Son état psychique n'était pas cristallisé, car il avait évolué et les douleurs étaient désormais mieux gérées. Sa volonté susceptible d'être mobilisée pour faire face aux douleurs n'était que ponctuellement diminuée par le trouble borderline. Quant à l'examen neuropsychologique, il témoignait d'une normalisation des résultats aux tests d'attention, de mémoire, de fonctions exécutives, et d'un raisonnement de bonne qualité. Les difficultés résiduelles signalées par l'assurée n'étaient pas objectivées. Globalement, sa capacité de travail était jugée entière dans l'ancienne activité d'architecte d'intérieur et toute autre activité hormis celle d'agent de sécurité. En outre, il n'y avait plus d'incapacité de travail psychiatrique en lien de causalité avec l'accident au-delà du 23 août 2002, deux ans après celui-ci.![endif]>![if> 27. Le 30 septembre 2014, l'assurée a été reçue par la division de réadaptation professionnelle de l'AI. La conseillère en réadaptation a indiqué que, lorsque la reprise d'une activité professionnelle était abordée, l'assurée devenait confuse et interrompait l'entretien en invoquant des incompréhensions et le besoin d'aller aux toilettes. L'entretien s'était achevé après une heure en raison de nausées, nécessitant le retour de l'assurée chez elle. Une volonté délibérée de l'assurée de laisser une impression de malaise n'était pas à exclure. ![/endif]>![if> 28. Le 15 octobre 2014, après que l'assurée eut été convoquée à un nouvel entretien de réadaptation, son avocat a indiqué à l'OAI que, souffrant toujours d'une grande fatigabilité et de troubles de la concentration, sa cliente s'opposerait à toute reprise d'activité tant que son médecin-traitant n'aurait pas écarté tout risque que celle-ci

n'entraînerait pas une péjoration de son état de santé. ![/endif]>![if > 29. Le mandataire de l'assurée a joint un rapport d'expertise privée établi le 29 septembre 2012 par le Dr P\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. Cet expert a diagnostiqué un syndrome post-commotionnel et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission. L'assurée présentait toujours les caractéristiques du syndrome post-commotionnel, impliquant la survenance, dans les quatre semaines suivant un traumatisme crânien avec perte de connaissance, sensations désagréables, douleurs, céphalées, fatigue excessive, intolérance au bruit, dépression, troubles de la concentration et du sommeil, altération de la mémoire et modifications émotionnelles déclenchées ou exacerbées par des facteurs de stress. Ce diagnostic de syndrome post-commotionnel, confirmé à de nombreuses reprises, devait donc être maintenu. Par ailleurs, des troubles anxieux et dépressifs avaient été signalés dans les premières semaines suivant l'accident, notamment dans le rapport d'évaluation neuropsychologique des HUG de décembre 2000, et continuaient d'être évoqués. Le diagnostic de trouble dépressif récurrent pouvait donc être confirmé mais, depuis plusieurs mois, il était en rémission. En revanche, les diagnostics de personnalité borderline et de syndrome douloureux somatoforme persistant retenus par le BREM devaient être écartés. L'assurée souffrant d'une altération de ses fonctions intellectuelles sous la forme de troubles de la concentration, de la mémoire et de l'attention, mais également d'une sensibilité excessive au stress et d'une forte fatigabilité, sa capacité de travail était nulle dans toute activité depuis l'accident d'août 2000. Selon l'expert, cette incapacité de travail persisterait à moyen terme, de sorte qu'il suggérait une nouvelle évaluation cinq ans plus tard.![endif]>![if > 30. Par jugement du 17 avril 2015, la Cour civile du Tribunal cantonal vaudois, saisie d'une action en paiement de l'assurée contre le BUREAU NATIONAL D'ASSURANCE, a considéré, sur la base de l'expertise du BREM, que l'accident de 2000 ne lui avait provoqué une incapacité de travail que jusqu'au 31 juillet 2003, de sorte qu'elle ne pouvait prétendre qu'à un tort moral et à une indemnisation pour sa perte de gain passée – déjà perçue sous forme d'acompte – tandis qu'elle devait être déboutée de ses prétentions de CHF 2'264'039.- tendant à l'indemnisation d'une perte de gain future, d'un dommage de rente et de ses frais d'avocat.![endif]>![if > 31. L'OAI a diligenté une expertise pluridisciplinaire auprès de la Clinique romande de réadaptation (CRR). Dans leur rapport du 28 janvier 2016, les Drs Q\_\_\_\_\_ et R\_\_\_\_\_, spécialistes FMH en rhumatologie et médecine interne, S\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, T\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et Mme U\_\_\_\_\_, neuropsychologue, ont retenu les diagnostics sans répercussions sur la capacité de travail suivants : status après fracture de la clavicule gauche en août 2000, compliquée d'une pseudoarthrose opérée avec succès en août 2001 ; état douloureux chronique diffus ; neurasthénie ; traits de personnalité sensitifs. Sous l'angle psychiatrique, les douleurs, la fatigue significative consécutive aux efforts intellectuels, les céphalées, les troubles du sommeil et l'incapacité à se détendre pouvaient correspondre à un diagnostic de neurasthénie. Toutefois, il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique grave. L'assurée présentait une personnalité rigide, peu compatible avec une approche psychologique. S'agissant de ses ressources, elle disposait de bonnes facultés intellectuelles, du soutien de son compagnon et de relations sociales conservées. Il n'y avait pas de limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie. Bien que son endurance était diminuée par ses douleurs, ses capacités à s'affirmer et à évoluer au sein d'un groupe étaient préservées. Ses traits de personnalité sensitifs pouvaient peut-être diminuer ses capacités d'adaptation, mais ils étaient vraisemblablement accentués par le contexte de l'expertise. Sous l'angle

rhumatologique, l'expert a fait état d'une absence de limitations et d'une discordance manifeste entre les plaintes de l'assurée et ses constatations. L'assurée concédait pratiquer des activités astreignantes avec son fils, notamment la natation, la sculpture et une activité bénévole de palefrenière, de sorte qu'il n'y avait pas d'obstacle locomoteur à la reprise d'une activité professionnelle. Sur le plan neurologique, aucun diagnostic n'était retenu ; celui de syndrome post-commotionnel ne se justifiait plus après 24 mois en présence d'un traumatisme crânio-cérébral mineur, de sorte que les douleurs résiduelles devaient plutôt être considérées dans le cadre d'un syndrome douloureux diffus. Enfin, sur le plan neuropsychologique, les performances mesurées en début d'évaluation étaient normales puis, après une quarantaine de minute, des douleurs étaient signalées et les ressources attentionnelles se détérioraient progressivement. Toutefois, les performances déficitaires mesurées dans ces conditions n'étaient pas valides, ne reflétaient pas le réel potentiel cognitif et ne pouvaient être corrélées au traumatisme crânio-cérébral léger de 2000. Un problème de mobilisation des ressources était corroboré par le fait que le test de mémoire en « choix forcé » avait abouti à un résultat en-dessous du hasard. Globalement, aucune pathologie incapacitante n'était retenue : la pseudoarthrose claviculaire gauche avait évolué favorablement depuis l'opération de 2001, et rien ne laissait penser que des séquelles du traumatisme crânio-cérébral de 2000 subsistaient. Se ralliant à l'appréciation du BREM, les experts de la CRR ont conclu à une pleine capacité de travail médico-théorique dans toute activité. Des mesures d'ordre professionnel leur paraissaient vouées à l'échec, vu la longue durée de l'incapacité de travail et le fait que l'assurée s'était identifiée à son statut d'invalidé.

32. Le 8 mars 2016, sur la base des expertises de la CRR et du BREM, le service médical régional pour la Suisse romande de l'assurance-invalidité (SMR) a estimé que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré et qu'elle ne présentait plus d'incapacité de travail depuis la naissance de son fils en mai 2010.

33. Le 25 avril 2016, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, aux termes duquel il envisageait de mettre fin au versement de la rente d'invalidité.

34. Les 26 et 30 mai 2016, l'assurée s'y est opposée, en soutenant qu'elle demeurait totalement incapable de travailler et en contestant la valeur probante de l'expertise de la CRR ainsi que l'amélioration de son état de santé.

35. Par décision formelle du 15 juin 2016, l'OAI a retenu que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré au point que celle-ci était pleinement capable d'exercer toute profession depuis le 1<sup>er</sup> mai 2010, et a mis un terme au versement de sa rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.

36. Le 19 août 2016, par l'intermédiaire de son conseil, l'assurée a saisi la chambre de céans d'un recours contre cette décision, concluant à son annulation et, principalement, au maintien de sa rente d'invalidité, subsidiairement au renvoi de la cause à l'OAI afin qu'il mette en œuvre une expertise pluridisciplinaire. Elle a reproché aux experts de la CRR de s'être écartés de l'incapacité de travail et des diagnostics de trouble dépressif récurrent et syndrome post-commotionnel retenus par le Dr P\_\_\_\_\_, alors qu'elle souffrait toujours des symptômes relatés par ce médecin suite à son accident d'août 2000 (troubles de la concentration et forte fatigue). À son sens, il convenait de déterminer, en tenant compte notamment de son handicap, de son expérience professionnelle et de ses capacités d'adaptation, si un employeur consentirait à l'engager. Tel n'était pas le cas au vu de ses séquelles accidentelles, qui l'empêchaient toujours de « trouver un emploi à 100% ».

37. Par l'entremise d'un autre avocat, la recourante a transmis à la chambre de céans un second mémoire de recours le 22 août 2016, à teneur duquel elle contestait également les conclusions de l'expertise de la CRR et envisageait de solliciter un

complément d'expertise auprès du Dr P\_\_\_\_\_.! [endif]> [if> 38. Dans sa réponse du 15 septembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours. L'expertise de la CRR était probante, il en ressortait une amélioration de l'état de santé et les experts n'avaient diagnostiqué aucune pathologie incapacitante, de sorte qu'il lui paraissait indiscutable que l'assurée disposât d'une pleine capacité de travail dans toute activité. Par ailleurs, en matière d'assurance-invalidité, il convenait d'appliquer la notion de « marché équilibré du travail », qui faisait abstraction de la conjoncture défavorable, contrairement aux règles prévalant en matière d'assurance-chômage. ! [endif]> [if> 39. Les 20 septembre et 13 octobre 2016, les avocats de la recourante ont informé la chambre de céans qu'ils cessaient de la représenter. ! [endif]> [if> 40. La recourante n'ayant pas déposé de réplique dans le délai fixé par la chambre de céans au 17 novembre 2016, la cause a été gardée à juger. ! [endif]> [if> 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 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). ! [endif]> [if> Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie. 2. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, compte tenu de la suspension des délais du 15 juillet au 15 août, le recours est recevable (art. 62 al. 1, 89B et 89C de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA-GE - E 5 10 ; art. 38 al. 4 et 60 al. 1 LPGA). ! [endif]> [if> 3. Le litige porte sur la suppression, par voie de révision, du droit de la recourante à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> août 2016. ! [endif]> [if> 4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008). ! [endif]> [if> 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). 5. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins. ! [endif]> [if> Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28a al. 1 LAI). La comparaison des revenus s'effectue, en règle ordinaire, en chiffrant aussi exactement que possible les montants de ces deux revenus et en les confrontant l'un avec l'autre, la

différence permettant de calculer le taux d'invalidité (méthode générale de comparaison des revenus; ATF 128 V 29 consid. 1; ATF 104 V 135 consid. 2a et 2b). Toutefois, lorsque les revenus avec et sans invalidité sont basés sur la même table statistique, il est superflu de les chiffrer avec exactitude, le degré d'invalidité se confondant avec celui de l'incapacité de travail, sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (arrêts du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2 et I 1/03 du 15 avril 2003 consid. 5.2). La mesure dans laquelle les salaires ressortant des statistiques doivent être réduits, dépend de l'ensemble des circonstances personnelles et professionnelles du cas particulier (limitations liées au handicap, âge, années de service, nationalité/catégorie d'autorisation de séjour et taux d'occupation) et résulte d'une évaluation dans les limites du pouvoir d'appréciation. Une déduction globale maximum de 25% sur le salaire statistique permet de tenir compte des différents éléments qui peuvent influencer le revenu d'une activité lucrative (ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc). 6. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). 7. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes, lesquels s'appliquent également en matière de neurasthénie (arrêt du Tribunal fédéral I 70/07 du 14 avril 2008). Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, les syndromes sans étiologie claire n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Toutefois, dans un arrêt récent (ATF 141 V 281 ), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352 ). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352 , mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles

causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid.

4.3.3). II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4). A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine). 8. L'art. 17 al. 1 er 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 er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b et 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors

d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2). Lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait établi de manière correcte et complète, sans référence à des évaluations antérieures de l'invalidité (ATF 141 V 9 ; ATF 117 V 198 consid. 4b p. 200; arrêts du Tribunal fédéral 9C\_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 du 4 septembre 2013). Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.). Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. Selon l'art. 88 bis 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. 9. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

c. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb). Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison

de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). 10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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

b. Dans sa décision du 24 juin 2008, l'OAI avait accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité en se fondant sur un rapport d'expertise du Dr I\_\_\_\_\_. Après avoir retenu les diagnostics incapacitants de syndrome post-commotionnel, lombalgies et cervicalgies chroniques, ainsi que de trouble dépressif récurrent, actuellement moyen, ce psychiatre a conclu à une totale incapacité de travail dans toute activité professionnelle, conclusion qu'il a notamment justifiée par les douleurs de l'assurée, empêchant celle-ci de planifier toute activité, et par ses troubles cognitifs, démontrés par diverses évaluations neuropsychologiques.

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

12. a. La chambre de céans constate que l'expertise judiciaire du BREM de 2011 a été établie en pleine connaissance du dossier, qu'elle relate les plaintes de l'assurée et repose sur des examens rhumatologiques, psychiatriques, neurologiques et neuropsychologiques complets. Ses conclusions, attestant d'une pleine capacité de travail dans toute activité hormis celle d'agent de sécurité, sont claires et motivées. De cette expertise fouillée (85 pages), il ressort que l'assurée ne présentait, lorsqu'elle a été examinée par le BREM, plus de dépression ni de troubles cognitifs, contrairement à la situation qui prévalait au moment de l'expertise du Dr I\_\_\_\_\_ sur laquelle reposait la décision d'octroi de rente. En effet, l'expert-psychiatre du BREM n'a observé chez l'assurée aucun symptôme dépressif, notamment aucune tristesse, anxiété, ou ralentissement moteur. Il a seulement fait état d'un trouble somatoforme douloureux et d'un trouble borderline, qu'il a jugés non incapacitants, en soulignant la bonne intégration familiale et sociale de l'assurée, dont l'état psychique n'était pas cristallisé. La

neuropsychologue, pour sa part, a confirmé une normalisation des résultats aux tests cognitifs d'attention, de mémoire et des fonctions exécutives, ainsi qu'un raisonnement de bonne qualité. Quant à l'assurée, elle a déclaré aux experts (expertise du BREM, p. 41) que son état de santé s'était effectivement amélioré et que ses douleurs avaient diminué – certes sans disparaître – suite à la naissance de son fils et à un traitement de physiothérapie combiné à diverses médecines douces.!

b. L'expertise rhumatologique, psychiatrique, neurologique et neuropsychologique de la CRR se fonde également sur des examens complets, tient compte des plaintes et ses conclusions sont motivées. L'expert rhumatologue a estimé qu'il n'y avait aucun obstacle locomoteur à la reprise d'une activité professionnelle, vu l'absence de limitations et le fait que l'assurée pratiquait des activités astreignantes avec son fils, notamment la natation, la sculpture et une activité de palefrenière à titre bénévole. La neuropsychologue a relaté que les performances cognitives mesurées en début d'évaluation étaient normales et cohérentes avec celles du BREM, tandis qu'après une quarantaine de minutes, « l'allocation des ressources attentionnelles » se détériorait, mais elle a précisé que ces performances déficitaires ne reflétaient pas le véritable potentiel cognitif de l'assurée. Enfin, l'expert psychiatre a rattaché la symptomatologie de l'assurée au diagnostic de neurasthénie, avant d'en discuter les répercussions sur la capacité de travail au regard des indicateurs prescrits par la nouvelle jurisprudence relative aux affections psychosomatiques assimilées au trouble somatoforme douloureux (ATF 141 V 281 ).

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

13. a. La recourante se prévaut de l'expertise privée de 2012 du Dr P\_\_\_\_\_, selon lequel elle présente, sur le plan psychiatrique, un syndrome post-commotionnel et un trouble dépressif récurrent, actuellement en rémission depuis plusieurs mois, engendrant toujours une incapacité de travail totale depuis l'accident. En effet, aux dires de l'expert, la recourante continuait à souffrir d'une altération de ses fonctions intellectuelles sous la forme de troubles de la concentration, de la mémoire et de l'attention, mais également d'une sensibilité excessive au stress et d'une forte fatigabilité.!

b. Cette expertise remplit en principe également les critères jurisprudentiels pour lui reconnaître une pleine valeur probante.

Toutefois, il sied de relever qu'elle ne constitue pas une expertise judiciaire, contrairement à celle de l'expertise du BREM qui a été ordonnée par la Cour civile du Tribunal cantonal du Canton de Vaud dans le cadre de l'action en justice contre l'assureur en responsabilité civile. Or, comme exposé ci-dessus, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise judiciaire (cf. supra consid. 9). De tels motifs ne sont précisément pas réalisés ici, car d'une part, le Dr P\_\_\_\_\_ se limite essentiellement à fournir une appréciation divergente de celle du BREM, sans mettre en évidence d'élément pertinent susceptible d'y avoir été ignoré, et d'autre part, les conclusions de l'expertise de la CRR confirment celles du BREM. c. A cela s'ajoute que le Dr P\_\_\_\_\_ se prononce dans une perspective purement psychiatrique alors que les expertises de la CRR et du BREM reposent sur une approche pluridisciplinaire, intégrant également des avis neurologique et neuropsychologique. Selon l'expert psychiatre de la CRR, le diagnostic de syndrome post-commotionnel ne peut se passer de ces avis spécialisés. Or, l'expert neurologue de cette clinique a considéré qu'il n'était pas adéquat de retenir un tel diagnostic sur le plan psychiatrique, les éléments objectifs nécessaires à l'établissement d'un tel diagnostic selon la CIM-10 (durée de l'évolution, sévérité du traumatisme, durée de la perte de connaissance, éléments objectifs cliniques, radiologiques et neuropsychologique) n'étant pas remplis. Le Dr S\_\_\_\_\_ a ainsi conclu qu'après un TCC mineur, comme en l'espèce, le diagnostic de syndrome post-commotionnel ne pouvait plus entrer en ligne de compte après vingt-quatre mois. Tel est au demeurant également l'avis de la neuropsychologue de la CRR, selon laquelle les performances déficitaires mesurées après 40 minutes de testing ne pouvaient pas être reliées au TCC léger de 2000 et ne reflétaient pas le réel potentiel cognitif, ce qui était notamment corroboré par le résultat en-dessous du hasard d'un test de mémoire en choix forcé. Il y avait ainsi un problème de mobilisation des ressources pour les tâches demandées. d. Les experts psychiatres du BREM et de la CRR ont néanmoins pris en considération les symptômes consistant en douleurs et problèmes cognitifs rapportés par la recourante. Différents diagnostics ont été proposés pour ces symptômes, à savoir un trouble somatoforme douloureux persistant associé à un trouble de la personnalité borderline ou une neurasthénie avec des traits de personnalité sensitifs. Certes, les diagnostics sont divergents. Il n'en demeure pas moins que tant pour le trouble somatoforme douloureux que pour la neurasthénie, il y a lieu d'apprécier le caractère invalidant des atteintes en appliquant les indicateurs élaborés par le Tribunal fédéral. Or, aussi bien l'expert psychiatre du BREM que celui de la CRR ont estimé, en tenant compte de ces indicateurs, que la pathologie psychiatrique n'était pas suffisamment importante pour générer une incapacité de travail. e. En ce qui concerne le diagnostic de trouble dépressif récurrent retenu par le Dr P\_\_\_\_\_, il a admis lui-même qu'au moment de son expertise en 2012, ce trouble était en rémission. Pour autant qu'un tel diagnostic soit adéquat, ce qui est contesté par les experts du BREM et de la CRR, il était toujours en rémission au moment de l'expertise de cette dernière clinique en 2016, soit quatre ans plus tard, et aucune décompensation dépressive ne s'était produite entre l'expertise du Dr P\_\_\_\_\_, voire même celle du BREM, et l'expertise de la CRR. Il paraît par conséquent convaincant qu'aucune limitation fonctionnelle liée à un trouble dépressif ne puisse être admise. f. Partant, la chambre de céans s'en tiendra aux conclusions concordantes des expertises du BREM et de la CRR, lesquelles démontrent, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante a recouvré une pleine capacité de travail dans toute profession autre que celle d'agent de sécurité, vu l'amélioration de son état de santé intervenue suite à la naissance de son fils, tant sous l'angle de sa symptomatologie douloureuse que de ses troubles dépressifs et cognitifs. Ainsi, un motif de révision au sens

de l'art. 17 al. 1 LPGA est réalisé. 14. À ce stade, il convient de se prononcer sur le degré d'invalidité de la recourante suite à l'amélioration de son état de santé. 15. a. En l'espèce, le taux d'invalidité résulte de la comparaison entre le salaire que l'assurée aurait pu réaliser au moment de la décision de révision – soit en 2016 – si elle était restée en bonne santé (revenu sans invalidité), avec celui qu'elle pourrait encore réaliser malgré ses atteintes à la santé (revenu d'invalidité). b. S'agissant du revenu sans invalidité, il convient d'admettre qu'en bonne santé, l'assurée aurait exercé l'activité d'architecte d'intérieur à laquelle elle se destinait. Quant au revenu d'invalidité, il résulte des expertises du BREM et de la CRR que l'assurée peut encore exercer cette profession à plein temps, à l'instar de toute autre hormis celle d'agent de sécurité. Comme les revenus sans et avec invalidité se basent l'un et l'autre sur une activité d'architecte d'intérieur, le degré d'invalidité se confond ici avec celui de l'incapacité de travail – qui est nulle – sous réserve d'une éventuelle réduction du salaire statistique (cf. arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 43/05 du 30 juin 2006 consid. 5.2). c. La chambre de céans estime que les limitations psychiques attestées par la CRR, soit une endurance diminuée par les douleurs et des traits de personnalité sensitifs, justifient d'opérer une telle réduction sur le revenu d'invalidité, à concurrence de 10% au maximum (cf. arrêt du Tribunal fédéral I 645/04 du 26 septembre 2005 consid. 6.3). Il en résulte un degré d'invalidité identique de 10%, insuffisant pour envisager le maintien d'une rente d'invalidité quelle qu'elle soit (art. 28 al. 2 LAI). d. Enfin, on précisera qu'il n'appartient pas à la chambre de céans de déterminer concrètement si un employeur consentirait à engager la recourante au vu de son expérience professionnelle, de sa situation sociale, de ses capacités d'adaptation et de la durée prévisible de ses rapports de travail. À cet égard, la recourante se réfère à tort à la jurisprudence développée pour les assurés proches de l'âge de la retraite (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_695/2010 consid. 5), laquelle lui est inapplicable puisqu'elle était âgée de 37, respectivement de 41 ans lorsqu'elle a été considérée apte à reprendre une activité lucrative par le BREM puis la CRR. 15. a. Dans certains cas très particuliers, la jurisprudence considère qu'il n'est pas opportun de supprimer la rente malgré l'existence d'une capacité de travail médicalement documentée, avant que les possibilités théoriques de travail n'aient été confirmées à l'aide de mesures médicales de réhabilitation et/ou de mesure d'ordre professionnel. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression, par révision ou reconsidération, du droit à la rente concerne un assuré qui est âgé de 55 ans révolus ou qui a bénéficié d'une rente depuis plus de quinze ans. Cela ne signifie cependant pas que ces assurés peuvent faire valoir des droits acquis dans le contexte de la révision, respectivement de la reconsidération (art. 17 al. 1 ; 53 al. 2 LPGA) ; on admet seulement qu'une réadaptation par soi-même ne peut pas être exigée d'eux en raison de leur âge ou de la longue durée de la rente (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_800/2014 du 31 janvier 2015 consid. 5 et 9C\_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 ss). Le point de savoir si les critères de la durée de 15 ans d'allocation de la rente ou de l'accomplissement de la 55<sup>ème</sup> année sont réalisés doit être examiné par rapport au moment du prononcé de la décision de suppression de la rente ou à celui à partir duquel cette prestation a été supprimée (ATF 141 V 5 consid. 4). 16. b. En l'espèce, la recourante a perçu une rente du 1<sup>er</sup> décembre 2004 au 31 juillet 2016, soit pendant moins de quinze ans. Par ailleurs, au jour de la décision de suppression de rente, elle était âgée de 41 ans, donc de moins de 55 ans. En conséquence, elle n'appartient pas à la catégorie d'assurés dont on admet qu'ils ne peuvent valoriser leur capacité de travail qu'à l'issue de mesures d'ordre professionnel ou de mesures médicales. Dans son recours, l'assurée ne conclut d'ailleurs pas à l'octroi de telles mesures. 16. Au vu de ce qui précède, c'est à bon droit que l'intimé a supprimé la rente

d'invalidité avec effet ex nunc dès le 1<sup>er</sup> août 2016, premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision litigieuse (art. 88 bis al. 2 let. a RAI). 17. La documentation médicale versée au dossier permet à la chambre de céans de statuer sur le bien-fondé de la suppression de la rente d'invalidité. Partant, il n'y a pas lieu d'ordonner de mesure d'instruction complémentaire ni de renvoyer la cause à l'administration, par appréciation anticipée des preuves. 18. Mal fondé, le recours est rejeté. 19. La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, la recourante sera condamnée au paiement d'un émolument, arrêté au montant minimal de CHF 200.- (art. 69 al. 1 bis LAI). 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.