

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2232/2016

ATAS/756/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 26 septembre 2016

10ème Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MIZRAHI Cyril

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président

EN FAIT

1. Madame A _____ (ci-après : l'assurée ou la recourante) née le _____ 1970, a été mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100% dès décembre 2006, par décision du 11 décembre 2008.

Lors de la première demande elle exerçait une activité à temps partiel (80%) en qualité de secrétaire, les 20% restants étant consacrés aux travaux habituels.

Au terme d'un examen clinique rhumato-psychiatrique effectué par les médecins du SMR, les spécialistes avaient retenu les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de : rachialgies diffuses avec lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5 ; trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif ; trouble dépressif récurrent épisode moyen à sévère, épisode actuel moyen avec syndrome somatique ; et le diagnostic de fibromyalgie sans répercussion sur la capacité de travail. Sur le plan osteo-articulaire la capacité de travail était complète dans l'activité de secrétaire et dans toute activité adaptée. En revanche dans l'activité de coiffeuse, la capacité de travail n'était que de 50%. Sur le plan purement rhumatologique la capacité de travail était également complète. En revanche sur le plan psychiatrique la capacité de travail était nulle dans toute activité. En conclusion la capacité de travail était nulle dans toutes activités pour des raisons essentiellement psychiatriques.

2. En 2010, l'Office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après l'office, l'OAI ou l'intimé) a procédé à une révision du droit à la rente. Les experts du Bureau Romand d'Expertises Médicales (BREM) ont retenu dans leur rapport de fin septembre 2011 les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail de : status après hernie discale et trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Les diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail étaient : personnalité émotionnellement labile borderline ainsi qu'une séropositivité HIV découverte en 2007. La capacité de travail résiduelle a été estimée à 60%, uniquement en raison de l'atteinte psychique. Le Service médical régional de l'AI (SMR) a conclu sur cette base, à une amélioration de la capacité de travail de 60%. Le service de réadaptation de l'OAI, à qui le dossier avait été transmis à l'instigation du SMR, a conclu en octobre 2013 à la poursuite de l'instruction médicale, en raison d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée. Au terme de cette instruction, une nouvelle expertise confiée à la Clinique romande de réadaptation (CRR), réalisée en septembre 2015 (rapport du 5 octobre 15). La CRR, a conclu à une amélioration notable de l'état de santé et à une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle depuis la date de l'expertise. Sur le plan rhumatologique l'assurée présentait des lombosciatalgies ainsi qu'un status après discectomie sur hernie discale. L'examen était largement superposable à l'examen du SMR de 2007 ainsi qu'à l'expertise rhumatologique de 2011. Sur le plan psychiatrique le trouble dépressif récurrent de même que la personnalité émotionnellement labile ont été confirmés. Le trouble dépressif actuellement de gravité légère à moyenne n'a pas

été considéré comme invalidant. Le trouble de la personnalité n'avait pas l'intensité d'un trouble invalidant. L'examen pneumologique n'a rien révélé d'anormal. Les experts n'ont donc plus retenu sur le plan psychiatrique d'incapacité de travail ni de baisse de rendement. Ils ont conclu que la capacité de travail était entière et sans diminution de rendement dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles retenues sur le plan somatique, soit pas de port de charge de plus de 5kg, pas de travaux en antéflexion du tronc, nécessité de pouvoir alterner les positions. Un travail de secrétaire est possible s'il respecte ces limitations. L'activité exercée jusqu'ici était exigible dans cette mesure ; cependant l'expertisée n'ayant pas travaillé depuis plus de 10 ans un réentrainement était nécessaire et une aide au placement souhaitable.

3. Par courrier du 23 février 2016, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision aux termes duquel l'office entendait supprimer la rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision. Un recours n'aurait pas d'effet suspensif. Dans le cadre de la révision de la rente, initiée en 2010, une première expertise avait été ordonnée, en 2011, concluant à une amélioration de la capacité de travail dans toute activité, cette capacité ayant été estimée à 60 %. Le dossier ayant été sur cette base présenté au service de la réadaptation, lequel avait conclu en octobre 2013, à la poursuite de l'instruction médicale en raison d'une aggravation de l'état de santé. Une seconde expertise avait été ordonnée, au terme de l'instruction médicale susmentionnée. Les experts de la CRR avaient conclu, en septembre 2015, à une amélioration notable de l'état de santé et à une pleine capacité de travail dans toute activité professionnelle depuis la date de l'expertise. En conséquence le droit à la rente d'invalidité s'éteignait.
4. En date du 21 mars 2016, l'assurée, représentée par son psychiatre traitant, le docteur B_____, FMH en psychiatrie psychothérapie, a contesté le projet de décision susmentionné. L'assurée se fondait sur de nouveaux éléments médicaux alléguant une aggravation de son état de santé (rapports du Dr B_____ du 21 mars 2016 et de la doctoresse C_____, FMH en médecine générale).
5. Le SMR ayant examiné ces nouveaux éléments médicaux, confirme la pleine capacité de travail de l'assurée dans toute activité.
6. Par décision du 27 mai 2016, l'OAI, après avoir soumis au SMR les nouveaux éléments médicaux produits dans le cadre de l'audition, ce service médical ayant confirmé que la capacité de travail était entière dans toute activité, a rendu une décision supprimant la rente d'invalidité dès le 1^{er} jour du 2^e mois suivant la notification de la décision. Un recours n'aurait pas d'effet suspensif.
7. Par mémoire du 29 juin 2016, reçu le 1^{er} juillet 2016, l'assurée, représentée par un conseil, a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre cette décision. Elle conclut principalement à l'annulation de la décision entreprise et au retour du dossier à l'intimé pour instruction

complémentaire ; subsidiairement à l'ordonnance d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et à la confirmation de la décision de l'OAI du 11 décembre 2008, et plus subsidiairement à l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel en faveur de la recourante, le tout avec suite de frais et dépens.

Après avoir obtenu un CFC de coiffure elle avait exercé cette profession de 1986 à 1990. A partir de 1990, sous la contrainte de son ami de l'époque, elle s'était prostituée. Dès 1998, ayant rencontré celui qui devint son mari, elle avait travaillé en qualité de secrétaire dans le garage de son époux. En 2003, elle s'était séparée de son époux et avait travaillé au sein d'un autre garage entre 2003 et 2004, avant d'être licenciée en raison de problèmes de santé. Elle souffrait de problèmes de dos et de dépression sévère. C'est dans ces circonstances qu'elle avait dû demander des prestations de l'OAI en avril 2005. La recourante rappelle la chronologie des éléments jusqu'à la décision entreprise et produit un courrier du 24 juin 2016, du docteur D_____, chef de clinique du service des maladies infectieuses – Unité HIV des Hôpitaux universitaires de Genève, contestant la valeur probante de l'expertise de la CRR du 5 octobre 2015. Le rapport d'expertise n'avait pas de valeur probante dans l'évaluation de la patiente pour sa capacité de travail, en l'absence en particulier d'un examen neuropsychologique détaillé. La recourante critique l'expertise d'une manière plus générale ; elle fait valoir que toute analyse des conséquences de la séroposivité dont elle est atteinte fait défaut. Cet aspect pourtant était l'une des principales questions posées par le SMR. Compte tenu des lacunes du dossier il y a lieu de retourner le dossier à l'intimé.

8. Dans son rapport du 24 juin 2016, le Dr D_____ rappelle que les troubles neurocognitifs dans la population des patients séropositifs sont extrêmement fréquents et qu'il est souvent difficile dans cette population de faire la part des effets liés aux comorbidités psychiatriques, des effets liés aux traitements psychotropes de la neurotoxicité connue des trithérapies antirétrovirales, ou de l'effet neurotoxique du virus lui-même. Selon la littérature médicale, en 2010 la prévalence des troubles neurocognitifs chez les séropositifs pour le HIV avec comorbidités psychiatriques atteignait 83%. Au vu du traitement psychiatrique lourd nécessaire à la stabilisation psychiatrique de la patiente, la présence des troubles neurocognitifs est fort probable et la sévérité de cette atteinte justifie absolument un examen neuropsychologique détaillé. Or un tel examen n'ayant pas été pratiqué dans le cadre de l'expertise de la CRR, celle-ci ne présente pas, selon lui, de valeur probante dans l'évaluation de la patiente pour sa capacité de travail, ceci à plus forte raison qu'une activité physique étant a priori non exigible en raison des problèmes de dos, la patiente devrait, pour exercer le métier de secrétaire, disposer de toutes ses facultés intellectuelles. Il avait demandé cet examen en urgence, et il était prévu le 4 juillet 2016.
9. Dans une écriture complémentaire spontanée du 21 juillet 2016, la recourante a produit le rapport de l'examen neuropsychologique de la recourante du 4 juillet 2016, effectué par le département des neurosciences cliniques des HUG, ceci afin

que l'intimé puisse le soumettre au SMR et l'intégrer dans sa réponse. La recourante commente et résume ce rapport qui conclut que le HIV engendre indiscutablement des troubles neurocognitifs et, s'agissant de la capacité de travail, il confirme qu'une reprise est en l'état prématurée en raison de ces troubles. Au vu des conclusions convaincantes du rapport d'examen neuropsychologique et des lacunes manifestes du rapport de la CRR, qui ne répond pas à l'une des questions principales qu'avait soulevées le SMR, ce dernier n'ayant apparemment pas remarqué cette lacune, en adhérant pleinement aux conclusions du rapport de la CRR, la recourante conclut à la restitution de l'effet suspensif.

10. Le 13 septembre 2016, l'intimé s'est déterminé sur le recours et sur la demande de restitution de l'effet suspensif, dans le délai prolongé qui lui était imparti pour permettre au SMR de se prononcer sur les éléments médicaux produits par la recourante. Il conclut sur le fond au rejet du recours. Contrairement à ce que prétend la recourante, le rapport de la CRR doit se voir reconnaître une pleine valeur probante. S'agissant du diagnostic de séropositivité HIV, contrairement à ce que soutient le conseil de la recourante, même si ce diagnostic n'a pas été reporté formellement dans la liste des atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, les experts en ont tenu compte et concluent que cette atteinte n'a pas de répercussions sur la capacité de travail. Ils indiquent que « *sur le plan infectiologique, elle (l'expertisée) a débuté un traitement de sa séropositivité en 2008, lorsque le sida s'est déclaré chez son compagnon. Elle est traitée par trithérapie qui est actuellement combinée en un seul médicament, pris en une seule fois par jour, le Stribil. Elle est suivie régulièrement pour cela aux HUG. Le traitement est bien toléré et, en dehors de la fatigue, il n'y a pas d'autre effet secondaire. Les contrôles réguliers seraient normaux. La virémie serait négative et les CD4 seraient, au dernier contrôle, à 600, donc normales.* » S'agissant de l'absence d'examen neuropsychologique, il est rappelé que dans les limites du mandat confié, la conduite de l'expertise (modalités de l'examen clinique et choix des examens complémentaires) est laissée au libre arbitre de l'expert. En l'absence de données médicales pertinentes déniaient toute valeur scientifique au protocole d'évaluation utilisé, il n'appartient pas au juge de remettre en question le principe de leur utilisation. À ce propos, le SMR indique dans son avis du 13 septembre 2016 que « *... En dehors d'une fatigue et de troubles du sommeil purement anamnétiques (puisque aucun trouble du sommeil n'a été objectivé par l'examen polysomnographique), il n'existe dans le dossier aucun signe d'appel en faveur de troubles neurocognitifs* ». Sur le plan psychiatrique, l'expert indique, contrairement à ce que soutient l'assurée, les raisons pour lesquelles il ne retient plus d'incapacité de travail ou de baisse de rendement quelle que soit l'activité : « *Le diagnostic de trouble dépressif récurrent, lui aussi posé à maintes reprises, est confirmé. L'étude de l'anamnèse s'accorde bien avec ce diagnostic. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile est lui aussi retenu. Mais si ce diagnostic s'accorde avec la vie personnelle chaotique, on ne retrouve pas qu'il ait jamais été responsable de conflit majeur, que ce soit dans le travail ou dans les relations interpersonnelles en*

général. A l'exception d'une veinosection, il n'y a pas eu non plus de geste auto-agressif répété. Ce trouble n'est pas retenu comme décompensé et ne justifie pas, par lui-même, une incapacité de travail. Par ailleurs, l'épisode actuel ne réunit plus que les critères d'un épisode moyen à léger.... L'expertise psychiatrique s'inscrit donc sur ce plan dans la même évolution que celle retenue par l'expertise de 2011, comme par les rapports plus récents de son psychiatre traitant. » Ses conclusions sont claires et exemptes de contradictions. S'agissant des pièces médicales produites dans le cadre du recours, l'intimé se réfère à l'avis du SMR du 13 septembre 2016.

L'intimé s'oppose à la demande de restitution de l'effet suspensif sollicité par la recourante. L'argument principal de la recourante pour obtenir la restitution de l'effet suspensif consiste à prétendre que l'intimé aurait supprimé les prestations au plus vite pour des raisons probablement économiques et sur la base d'une instruction lacunaire. Il ressort du dossier que l'état de santé de l'assurée s'est amélioré au point qu'elle présente une capacité résiduelle de travail de 100 % dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles. L'avis du SMR se fonde sur une expertise pluridisciplinaire de la CRR du 5 octobre 2015, qui réunit tous les critères pour se voir reconnaître une pleine valeur probante. Les arguments développés par la recourante en procédure de recours ne sauraient être suffisants pour admettre une prévision positive sur le fond de l'affaire. Dans ces circonstances la continuation du versement de la rente ne se justifie pas. L'issue du litige restant incertaine, il existe un risque important que la recourante ne puisse pas rembourser les prestations qui seraient versées à tort par l'office.

11. Le rapport du SMR du 13 septembre 2016 rappelle l'origine et les causes médicales de l'octroi de la rente entière d'invalidité en 2008. Suite à la révision d'office ayant débuté en 2010, l'expertise pluridisciplinaire du BREM en 2011 conclut à une amélioration sur le plan de l'humeur depuis 2009 et avec une capacité de travail de 60 % dans une activité adaptée aux restrictions psychiques résiduelles et aux limitations fonctionnelles rachidiennes. Le trouble de la personnalité émotionnellement labile apparaît alors compensé. Il est relevé une séropositivité HIV depuis 2007, sous trithérapie à partir de 2011 (auparavant refusée par l'assurée), sans répercussion sur la capacité de travail. Toutefois aucune mesure professionnelle n'a pu être mise en place en raison d'une aggravation psychique annoncée par l'assurée en raison d'une fatigue mise en relation avec des troubles du sommeil. En outre, l'assurée a été opérée du dos en février 2013. Dans ce contexte, une nouvelle expertise pluridisciplinaire a été confiée à la CRR via la plate-forme med@p. Comme résumé dans le précédent avis du SMR, le rapport d'expertise constate que l'examen rhumatologique est superposable à celui de l'expertise de 2011 et permet de retenir que l'atteinte rachidienne reste compatible avec une pleine capacité de travail dans une activité respectant les limitations fonctionnelles. Sur le plan neurologique, les investigations montrent qu'il n'y a pas de somnolence diurne, malgré la mention d'une fatigue chronique anamnétique. L'enregistrement

polygraphique du sommeil est normal, sans élément en faveur d'un syndrome des apnées du sommeil. Sur le plan psychiatrique, l'examen confirme que le trouble de la personnalité reste compensé et il est constaté un tableau dépressif actuel léger à moyen. Au final, le trouble dépressif récurrent ne justifie pas d'incapacité de travail, la capacité étant entière dans toute activité respectant les limites fonctionnelles rachidiennes. S'agissant du détail de l'analyse, des commentaires et les conclusions du SMR au sujet des rapports médicaux produits par la recourante en procédure de recours, de même que pour les critiques qu'elle allègue à l'égard du rapport d'expertise de la CRR, ils seront repris en tant que de besoin dans la discussion qui va suivre. En tout état le SMR considère que les troubles mis en évidence en particulier lors de l'examen neuropsychologique paraissent de toute façon insuffisants pour justifier que l'assurée ne puisse pas reprendre une activité professionnelle.

12. Les écritures de l'intimé ont été communiquées à la recourante, un deuxième échange d'écritures sur le fond étant ordonné.

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^{er} 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 sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.
3. Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 et 60 de la LPGA; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA [RS/GE E 5 10]).
4. a) Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré.

En vertu de l'art. 11. de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11), l'opposition a un effet suspensif, sauf si un recours contre la décision prise sur opposition n'a pas d'effet suspensif de par la loi, si l'assureur a retiré l'effet suspensif dans sa décision, si la décision a une conséquence juridique qui n'est pas sujette à suspension (al. 1). L'assureur peut, sur requête ou d'office, retirer l'effet suspensif ou rétablir l'effet suspensif retiré dans la décision. Une telle requête doit être traitée sans délai (al. 2).

b) La LPGA ne contient aucune disposition topique en matière d'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de la procédure administrative en matière d'assurances sociales qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 de la LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA - RS 172.021). L'art. 61 LPGA, qui règle la procédure de recours devant le tribunal cantonal des assurances, renvoie quant à lui à l'art. 1 al. 3 PA. Aux termes de cette disposition, l'art. 55 al. 2 et 4 PA relatif au retrait de l'effet suspensif est applicable à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral; est réservé l'art. 97 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants du 20 décembre 1946 (LAVS - RS 831.10) relatif au retrait de l'effet suspensif pour les recours formés contre les décisions des caisses de compensation. Selon cette disposition, laquelle est applicable par analogie à l'assurance-invalidité par renvoi de l'art. 66 LAI, la caisse de compensation peut, dans sa décision, prévoir qu'un recours éventuel n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire, l'art. 55 al. 2 à 4 PA étant pour le surplus applicable.

L'art. 55 al. 3 PA prévoit que l'autorité de recours ou son président peut restituer l'effet suspensif à un recours auquel l'autorité inférieure l'avait retiré; la demande de restitution de l'effet suspensif est traitée sans délai.

5. Conformément à la jurisprudence relative à l'art. 55 PA à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 46/04 du 24 février 2004 consid. 1, in HAVE 2004 p. 127), la possibilité de retirer ou de restituer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute (ATF 124 V 82 consid. 6a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_885/2014 du 17 avril 2015 consid. 4.2).
6. L'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier des prestations qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution ou la suppression des prestations. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où

l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée; il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 et les références; voir également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 267/98 du 22 octobre 1998, in VSI 2000 p. 184 consid. 5; Hansjörg SEILER, in Praxiskommentar zum VwVG, n° 103 ad art. 55 PA). La jurisprudence a également précisé que le retrait de l'effet suspensif prononcé dans le cadre d'une décision de diminution ou de suppression de rente à la suite d'une procédure de révision couvrirait également la période courant jusqu'à ce qu'une nouvelle décision soit rendue après le renvoi de la cause par le tribunal cantonal des assurances pour instruction complémentaire, pour autant que la procédure de révision n'a pas été initiée de façon abusive (ATF 129 V 370 et 106 V 18; voir également arrêt du Tribunal fédéral 8C_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4, in SVR 2011 IV n° 33 p. 96; arrêt du Tribunal fédéral 9C_207/2014 du 1^{er} mai 2014 consid. 5.3).

7. En l'espèce, la décision entreprise, supprimant la rente d'invalidité entière de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification, se fonde en particulier sur les conclusions de l'expertise pluridisciplinaire confiée à la CRR, via la plate-forme med@p, le SMR ayant adhéré aux conclusions des experts. L'intimée accorde pleine valeur probante à cette expertise. La recourante, quant à elle, conteste la valeur probante de cette expertise, produisant à l'appui de son recours un rapport du Dr D_____, qu'elle avait invité à se prononcer sur ce rapport d'expertise. Ce médecin conteste la valeur probante dans l'évaluation de la patiente pour sa capacité de travail en l'absence, en particulier, d'un examen neuropsychologique détaillé, que lui-même a ordonné d'urgence. En complément à son recours, la recourante a produit le rapport d'examen en question, effectué aux HUG le 4 juillet 2016, qui conclut qu'une reprise de travail par l'assurée est prématurée.
8. L'intimé a soumis le recours et toutes les pièces médicales produites à l'appui de celui-ci, à son service médical qui s'est prononcé de manière complète et circonstanciée sur les critiques émises par la recourante à l'égard du rapport d'expertise de la CRR. Le SMR s'est ensuite prononcé de façon précise sur les rapports médicaux produits par la recourante. S'agissant du rapport du Dr D_____, sa contestation tourne principalement autour de la question d'éventuelles répercussions neurocognitives en lien avec la séropositivité HIV sur la capacité de travail. Selon ce médecin, la présence de troubles neurocognitifs est fort probable. Il pense qu'ils pourraient être aggravés par le traitement médicamenteux en cours. Il reproche à l'expert psychiatre de ne pas avoir envisagé « de graves troubles de l'attention, de la concentration de la mémoire » expliquant le vide dans les activités quotidiennes. En conclusion, il est d'avis qu'une évaluation neuropsychologique est justifiée. Ce médecin n'apporte aucun élément nouveau concernant la situation médicale de l'assurée. En effet, même si le

diagnostic de séropositivité HIV sous trithérapie n'a pas été reporté formellement dans la liste des atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, l'expertise de la CRR montre en plusieurs endroits ce diagnostic notamment dans la discussion. Ainsi les experts ont bien tenu compte de la séropositivité HIV traitée par trithérapie, en ce sens qu'ils considèrent que cette atteinte n'a pas de répercussion sur la capacité de travail. Le SMR remarque en outre, au sujet de la fatigue, des troubles du sommeil purement anamnestiques au vu des résultats de l'examen polysomnographique : que dans son rapport du 16 septembre 2010, le médecin spécialiste infectiologue en charge du suivi HIV aux HUG (Dr E_____) indique que le HIV est sans répercussion sur la capacité de travail. Il ne mentionne aucune répercussion cognitive du HIV ; le psychiatre traitant (Dr B_____) dans son rapport du 26/12/2013 rapporte certes une fatigue, mais n'évoque aucun trouble neurocognitif. Il atteste d'ailleurs une pleine capacité de travail dans toute activité ; l'évaluation psychiatrique effectuée au BREM en 2011 relève l'absence de troubles de la concentration et de la mémoire ; de même l'évaluation psychiatrique effectuée à la CRR indique que la capacité de concentration est dans la norme et que l'assurée ne peine pas à former ses pensées. L'assurée ne verbalise aucune plainte dans ce sens ; enfin le Dr D_____ ne fait que postuler la présence éventuelle de troubles cognitifs en se basant sur la littérature. Il ne rapporte pas avoir lui-même constaté de tels troubles chez sa patiente. Son rapport est une critique de l'expertise mais il ne fournit aucune information médicale clinique nouvelle susceptible d'apporter un éclairage différent sur la situation médicale de l'assurée. Quant à l'examen neuropsychologique de juillet 2016, réalisé aux HUG (Dr F_____), à la demande du Dr D_____, cet examen conclut à « *un trouble neurocognitif léger associé au VIH, caractérisé au premier plan par des déficits d'intensité légère à modérée sur le plan exécutif, attentionnel et mnésique, associé à une fatigabilité.* » Une influence de facteurs thymiques est relevée. Au vu de ces troubles les examinateurs sont d'avis que la reprise professionnelle est prématurée. Le SMR estime que l'examen neuropsychologique de juillet 2016 n'est pas convaincant : comme rappelé, il n'existe aucun signe d'appel dans le dossier en dehors d'une fatigue purement subjective. L'examen n'a pas été effectué en raison de la suspicion clinique de tels troubles, mais en tant qu'élément de preuve dans le cadre de la procédure de recours. De plus, on ne sait pas sur quels éléments objectifs les examinateurs se fondent pour affirmer qu'il n'y a pas de signes de majoration. Enfin, les troubles mis en évidence paraissent de toute façon insuffisants pour justifier que l'assuré ne puisse pas reprendre une activité professionnelle.

Il résulte ainsi, sur la base d'un examen prima facie, au sens de la jurisprudence rappelée précédemment, que les critiques et les prétendues lacunes de l'expertise pluridisciplinaire de la CRR dénoncées par la recourante dans sa propre interprétation, aussi bien qu'à travers la documentation médicale produite à l'appui de son recours, et qui justifieraient selon elle la restitution de l'effet suspensif, et par conséquent la reprise du versement de la rente, dès sa suppression, et pendant toute la durée de la procédure, n'apparaissent pas d'emblée aussi évidentes qu'elle

semble le penser. Ainsi, dans le cadre de la pesée des intérêts qui doit être faite, selon la jurisprudence, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier des prestations qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée; il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse.

9. La chambre de céans constate au surplus qu'à ce stade de la procédure, les chances de succès de l'intéressée sur le fond du litige, à la lumière de la jurisprudence fédérale, n'apparaissent pas d'emblée telles qu'elles l'emportent sur l'intérêt de l'office à l'exécution immédiate de sa décision ;
10. La demande de restitution de l'effet suspensif doit dès lors être rejetée.

**PAR CES MOTIFS,
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant sur incident

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Sur effet suspensif :

2. Rejette la requête en rétablissement de l'effet suspensif.
3. Réserve la suite de la procédure.
4. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le