

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3284/2014

ATAS/1012/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 23 décembre 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Madame _____ (ci-après l'assurée), née en 1969 au Portugal, sans formation professionnelle, a travaillé en qualité de femme de ménage dans un hôtel de Genève.
2. Souffrant de fibromyalgie et de dépression, l'assurée a cessé de travailler le 16 mars 1999 et n'a plus repris d'activité lucrative depuis lors.
3. En juillet 2000, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), qui l'a rejetée par décision du 28 mars 2001 au motif que la perte de gain était inférieure à 20%.

Saisie d'un recours de l'assurée, la Commission cantonale de recours AVS-AI, alors compétente, l'a, par décision du 4 juillet 2002, partiellement admis et a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Par décision du 26 avril 2005, confirmée sur opposition le 6 octobre 2005, l'OAI a rejeté la demande de prestations.

Saisi à son tour, le Tribunal cantonal des assurances sociales, dans un arrêt du 17 janvier 2006 (ATAS/22/2006), a partiellement admis le recours de l'assurée, en ce sens qu'il lui a reconnu un degré d'invalidité de 50%, ouvrant droit à une demi-rente d'invalidité, à compter du 1er septembre 2003. En substance, le TCAS, se basant sur une expertise du 25 février 2004, a retenu que l'assurée, atteinte d'un trouble somatoforme douloureux persistant sous forme de fibromyalgie, d'un trouble dépressif récurrent moyen à sévère, d'une personnalité à traits dépendants et histrioniques, de claustrophobie et de discrets troubles de la statique et dégénératifs lombaires (discopathie L4-L5), était totalement incapable, depuis mars 1999, d'exercer son activité habituelle de femme de chambre mais que, depuis 2000, il était exigible de sa part qu'elle exerçât une activité adaptée à 50%. L'état dépressif dont souffrait l'assurée faisait exception à la règle générale voulant qu'il ne constitue en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux : c'était au contraire une affection autonome et antérieure au trouble somatoforme douloureux.

Ce jugement a été confirmé par le Tribunal fédéral (TF) en date du 26 février 2007 (I 176/06). Le TF a confirmé que rien ne justifiait de s'écarter des constatations et conclusions de l'expertise du 25 février 2004, qui opérait une distinction claire et précise entre la symptomatologie douloureuse - qui n'entraînait pas en elle-même d'incapacité de travail dans une activité adaptée - et les troubles psychiques, singulièrement l'état dépressif. A défaut d'éléments contraires et conformément aux conclusions de l'expertise, le TF a retenu que l'assurée disposait d'une capacité de travail réduite de moitié, en raison principalement d'un état dépressif récurrent dont

l'épisode actuel, de moyen à sévère, avait débuté au mois de septembre 2003 et perdurait près de deux ans plus tard.

En application de cet arrêt, l'OAI, par décision du 17 août 2007, a alloué à l'assurée une demi-rente d'invalidité fondée sur un degré d'invalidité de 49,56%, avec effet rétroactif au 1^{er} septembre 2003.

4. Une procédure de révision a été initiée en septembre 2009.

Dans un bref rapport du 12 septembre 2009, le docteur B_____, spécialiste en rhumatologie, a indiqué que l'état de sa patiente était demeuré stationnaire, sans changement dans les diagnostics. Il a évoqué comme limitations fonctionnelles : le fait de ne pouvoir rester debout de manière prolongée, ainsi que celui de devoir éviter le port de charges, les flexions en avant du tronc de manière répétitive et la marche prolongée sur terrain accidenté. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis 2001 dans l'activité habituelle et à une incapacité de 50% dans une activité légère, adaptée aux limitations énoncées.

Sur la base de ces renseignements, l'OAI, en date du 17 septembre 2009, a informé l'assurée qu'il considérait qu'il n'y avait pas eu de changement susceptible d'influencer son droit à la rente.

5. Une nouvelle procédure de révision a été initiée en novembre 2012.

6. Dans un bref rapport du 18 décembre 2012, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a indiqué que l'état de santé de sa patiente s'était amélioré et qu'il y avait eu un changement dans les diagnostics : le médecin a fait état d'un trouble dépressif récurrent en rémission partielle et d'une personnalité histrionique et dépendante. Il a émis un bon pronostic et précisé que sa patiente travaillait à 50% comme serveuse ou gérante dans une pâtisserie appartenant à la famille et que ce taux d'occupation pourrait être augmenté.

Dans un courrier annexe, le médecin a expliqué que le couple avait pris un café en ville, qu'ils l'exploitaient eux-mêmes, que sa patiente y travaillait comme gérante ou serveuse, qu'elle s'y sentait bien, qu'elle entretenait de bons contacts avec la clientèle ; cela avait modifié d'une manière importante son état psychique et lui avait redonné beaucoup de confiance en elle. L'état dépressif était en bonne voie de rémission complète, bien qu'une fatigue résiduelle persistât. Les autres symptômes dépressifs avaient disparu progressivement et le médecin escomptait qu'avec une médication très légère, le status clinique évoluerait vers la guérison.

7. Quant au Dr B_____, il a indiqué, dans un rapport du 7 janvier 2013, que l'état de sa patiente était resté stationnaire.

8. Interrogé par l'OAI, le Dr C_____ a répondu en date du 21 février 2013.

Le psychiatre traitant a précisé que la capacité de travail dans l'activité habituelle de femme de chambre restait proche de zéro, compte tenu des restrictions physiques. Dans l'activité habituelle de serveuse ou de gérante d'un petit

commerce, la capacité de travail allait en revanche en augmentant et, depuis une année environ, dépassait progressivement 50% : selon le psychiatre traitant, la capacité de travail avait atteint 70% en mai 2012 et 80% en octobre 2012.

A titre de limitations fonctionnelles, le médecin a mentionné une fatigue épisodique et s'est référé au médecin de famille, s'agissant des limitations fonctionnelles physiques.

9. Par courrier du 28 juin 2013, l'OAI a interrogé le conseil de l'assurée afin de savoir si cette dernière avait repris une activité, rémunérée ou non, et, dans l'affirmative, auprès de quel employeur, à quel taux, depuis quand, etc.
10. Par courrier du 29 juillet 2013, l'assurée a répondu par l'intermédiaire de son conseil qu'il était erroné d'affirmer qu'elle avait repris une activité professionnelle. Elle a expliqué que son époux exploitait en raison individuelle une boulangerie-pâtisserie depuis 2007 mais qu'elle n'y déployait aucune activité professionnelle rémunérée. Elle reconnaissait en revanche collaborer à l'entreprise de son époux de manière ponctuelle et en fonction de ses capacités. Selon elle, si cette aide irrégulière devait être quantifiée, elle représenterait, au mieux et en moyenne, une à deux heures par jour. L'assurée ajoutait que cette aide ne contribuait aucunement à l'accroissement de la capacité économique de l'entreprise. Cette activité avait uniquement une visée thérapeutique. Enfin, l'assurée contestait toute rémission partielle de son état psychique.
11. Le 7 août 2014, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de mettre un terme au versement de sa rente.
12. Par courrier du 8 septembre 2014, l'assurée s'y est opposée en reprochant à l'OAI de s'être fondé uniquement sur l'appréciation du Dr C_____, dont elle estimait qu'elle se fondait sur une prémisse erronée, à savoir sa prétendue participation à l'entreprise exploitée par son époux. Par ailleurs, l'assurée a allégué une aggravation significative de son état de santé psychique au mois de décembre 2013, ayant nécessité une prise en charge en urgence auprès du Centre ambulatoire de psychiatrie et psychologie (CAPPI), puis un suivi bi-hebdomadaire et un traitement médicamenteux à doses élevées. L'assurée a affirmé qu'elle produirait un rapport du CAPPI dès que possible. Par ailleurs, sur le plan rhumatologique, elle a allégué une aggravation de sa symptomatologie au niveau des cervicales. Elle a également évoqué des acouphènes, un serrement au niveau de la gorge et une « pression dans la tête ». Là encore l'assurée s'est réservée la possibilité de produire un rapport médical. Enfin, elle a sollicité un délai complémentaire de 30 jours pour verser à son dossier les rapports annoncés.
13. Une prolongation de délai lui a été accordée au 10 octobre 2014.
14. Par courrier du 10 octobre 2014, le conseil de l'assurée a indiqué être toujours dans l'attente des différentes pièces médicales annoncées et a sollicité une nouvelle prolongation de quinze jours.

15. Par décision du 14 octobre 2014, l'OAI a mis un terme au versement de la rente avec effet au 1er décembre 2014, en précisant qu'un recours n'aurait pas d'effet suspensif.

L'OAI a considéré qu'il ressortait des rapports médicaux recueillis que si la capacité de travail de l'assurée restait nulle dans son activité habituelle, elle avait augmenté à 70% dans une activité adaptée dès le 1^{er} mai 2012, puis à 80% dès le 1^{er} octobre 2012.

L'OAI a fixé le revenu que l'assurée aurait réalisé sans atteinte à sa santé à CHF 47'079.-. En effet, l'intéressée avait travaillé de juin 1997 à juin 2000 en qualité de femme de chambre et, selon son dernier employeur, aurait réalisé en juillet 2000 un revenu annuel de CHF 38'594.40 en travaillant à plein temps, ce qui, après indexation selon l'indice suisse des salaires nominaux (ISS), correspondait à un montant de CHF 47'079.- en 2012.

L'OAI a comparé ce montant à celui qu'aurait pu obtenir l'assurée en exerçant une activité adaptée à 70% dès le 1^{er} mai 2012 selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires (ESS 2010, TA1, tous secteurs confondus, activité de niveau 4 = 4'225.- CHF/mois pour un horaire de 40 h./sem. = CHF 37'639.- par an à 70% pour un horaire de 41,6 h./sem. en 2012, puis réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte du taux d'occupation réduit), soit CHF 33'876.-.

Cette comparaison a conduit à un degré d'invalidité de 28%.

L'OAI a par ailleurs effectué un second calcul concernant la période débutant le 1^{er} octobre 2012, à compter de laquelle il a considéré que l'assurée avait recouvré une capacité de 80%, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 17,8% après comparaison du revenu sans invalidité (CHF 47'079.-) au revenu d'invalidité (CHF 38'715.-).

16. Par écriture du 21 octobre 2014 adressé à l'OAI, l'assurée s'est étonnée de la notification d'une décision formelle alors même qu'elle avait sollicité un délai complémentaire. Dans cette manière d'agir, elle a vu un « refus d'entrer en matière, infondé et abusif » violant son droit d'être entendu.
17. Ce courrier a été transmis à la Cour de céans par l'OAI le 27 octobre 2014 comme objet de sa compétence.
18. Au demeurant, par écriture du 14 novembre 2014, l'assurée a formellement interjeté recours auprès de la Cour de céans, en concluant préalablement à ce que soit restitué l'effet suspensif et à ce que lui soit accordé un délai complémentaire pour produire des pièces et compléter ses écritures et, principalement, à l'annulation de la décision du 14 octobre 2014, après mise sur pied, le cas échéant, d'une expertise pluridisciplinaire.

Selon la recourante, l'OAI ne pouvait considérer, sur la base de la seule appréciation du Dr C_____ - fondée sur des éléments erronés et incomplets et

faisant fi de celle du Dr B_____ - que son état de santé psychiatrique était en rémission totale.

La recourante conteste par ailleurs toute amélioration de son état de santé sur le plan rhumatologique, en rappelant que le Dr B_____ a fait état d'un état de santé stationnaire et sans évolution depuis 2009, date de la dernière procédure de révision.

Elle reproche également à l'intimé de n'avoir pas tenu compte de ses problèmes ORL (serrement au niveau de la gorge, pression et acouphènes), lesquels font encore l'objet d'investigations et induisent une grande fatigue.

Pour le reste, la recourante ne conteste pas se rendre occasionnellement dans l'établissement exploité par son époux mais fait remarquer que celui-ci emploie deux serveuses à plein temps et que ses propres passages sont irréguliers, difficilement quantifiables, dépendants de son état de santé et donc très fluctuants. Elle affirme que l'aide qu'elle apporte à son époux ne saurait être assimilée à une activité régulière. Son aide avait une visée strictement thérapeutique et n'a été possible que parce qu'elle se déroulait dans un contexte privilégié, sans tension ni stress et sans aucune attente de rendement. En dehors de ce contexte familial favorable, elle ne pourrait mettre à profit de capacité de travail supérieure à 50%.

Elle ajoute que, depuis fin 2013, son état s'est aggravé sévèrement sur le plan psychique, de sorte que, depuis lors, elle ne se rend plus que très occasionnellement dans l'entreprise de son époux. D'ailleurs, dès janvier 2014, l'aggravation de son état de santé psychique a nécessité une prise en charge par les urgences de psychiatrie, puis un traitement ambulatoire intensif. La recourante en tire la conclusion qu'au contraire, il faudrait envisager une augmentation de sa rente invalidité.

19. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 11 novembre 2014, a conclu au rejet du recours quant au fond, en s'étonnant que la recourante ne l'ait pas informé plus tôt de l'aggravation alléguée.
20. Par courrier du 15 décembre 2014, la recourante a indiqué être toujours dans l'attente de différents rapports médicaux circonstanciés et a sollicité de la Cour de céans un délai complémentaire pour produire les pièces annoncées et se déterminer.
21. Le 8 janvier 2015, elle a finalement produit un rapport rédigé le 27 novembre 2014 par le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Ce médecin y confirme que l'assurée bénéficie d'un suivi hebdomadaire et d'un traitement antidépresseur depuis septembre 2014 pour des épisodes dépressifs récurrents et un trouble de la personnalité encore en cours d'investigation. Il précise que les épisodes dépressifs récurrents ont été parfois légers, parfois moyens mais sans symptômes psychotiques et que sa patiente présente une rechute dépressive moyenne et une incapacité de travail d'au moins 50% depuis octobre 2014. Le

médecin préconise une expertise psychiatrique « par une personne neutre », afin de clarifier l'évolution de la capacité de travail médico-théorique.

Par ailleurs, la recourante a produit un bref certificat rédigé le 21 octobre 2014 par le docteur E_____, du département de santé mentale et de psychiatrie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), confirmant l'existence d'un suivi ambulatoire intensif au CAPPI entre le 6 janvier et le 20 février 2014, précisant que la patiente leur avait été adressée par les urgences psychiatriques pour une péjoration sévère de son trouble dépressif récurrent et de son trouble anxieux, qu'elle avait bénéficié d'un suivi et que les diagnostics suivants avaient été retenus : trouble dépressif récurrent épisode actuel moyen sans syndrome somatique et trouble anxieux sans précision. La suite de la prise en charge avait été confiée au Dr C_____, psychiatre privé.

La recourante fait valoir qu'au vu de la divergence d'appréciations entre le Dr C_____ et son psychiatre actuel, la mise sur pied d'une expertise se justifie.

22. Par écriture du 29 janvier 2015, l'intimé s'est déterminé sur la demande de restitution de l'effet suspensif.

Quant au fond, l'intimé a complété sa prise de position en rappelant que le Tribunal fédéral, dans son arrêt du 26 février 2007, avait retenu que, d'un point de vue purement rhumatologique, la capacité de travail était préservée dans une activité adaptée. Il en tire a conclusion que si le Dr B_____ a certes confirmé que l'état de santé de sa patiente était stationnaire, on ne saurait reprocher à l'OAI de n'avoir procédé à aucune investigation supplémentaire sur ce plan.

Quant à l'atteinte ORL invoquée par la recourante, l'intimé fait remarquer qu'elle n'est étayée par aucun rapport médical.

S'agissant du plan psychique, il rappelle que le Dr C_____ a considéré que le trouble dépressif récurrent était en rémission partielle et que cette amélioration a été confirmée par les Drs D_____ et E_____, qui ont attesté d'un trouble dépressif de degré moyen. En effet, l'expertise réalisée en 2004 - à laquelle le TF a reconnu pleine valeur probante - concluait à un trouble dépressif récurrent épisode moyen à sévère.

Enfin, l'intimé fait remarquer que, dans sa comparaison des revenus, il ne s'est pas basé sur l'activité de serveuse.

23. Par écriture du 5 mars 2015, la recourante a fait valoir que sa situation médicale n'était pas encore stabilisée par rapport à celle prévalant en novembre 2014.

Elle demande la mise sur pied d'une expertise psychiatrique en raison du trouble de la personnalité sous-jacent et de la divergence d'appréciation entre son ancien et son nouveau psychiatre traitant.

Elle ajoute que, du point de vue rhumatologique, sa situation a évolué défavorablement (douleurs au niveau de la nuque et de la hanche et céphalées incapacitantes).

La recourante allègue que, compte tenu de l'imbrication des troubles psychiques et des atteintes ostéo-articulaires, elle n'est plus en mesure d'assurer l'entretien de son ménage, même si elle a conservé une aptitude pour les travaux domestiques légers, qu'elle effectue d'une manière fractionnée.

A l'appui de sa position, la recourante produit notamment:

- un certificat rédigé le 16 février 2015 par le Dr D_____ et par Madame F_____, psychologue et psychothérapeute, faisant état d'un épisode dépressif récurrent et d'un trouble de la personnalité émotionnellement labile ou histrionique encore en cours d'investigation ; il est précisé que l'épisode dépressif récurrent a été par le passé léger ou moyen, entrecoupé par des périodes de rémission partielle ; suite à une crise familiale survenue en décembre 2014, un premier épisode dépressif sévère est apparu et est finalement redevenu moyen début janvier 2015 grâce à une prise en charge intensive ; l'incapacité de travail a ainsi été de 100% en décembre 2014 pour revenir à 50% dès janvier 2015 ; le médecin précise que la situation n'est pas stabilisée et devrait être réévaluée dans trois à six mois ;
- un rapport d'IRM cérébrale du 12 décembre 2014 concluant à des anomalies de signal de la substance blanche, à l'absence d'argument en faveur d'une lésion ischémique, à l'absence de lésion rétrocochléaire et à l'absence d'anomalie objectivable au niveau des vaisseaux intracrâniens ;
- un rapport de radiographie de la colonne cervicale et de la hanche du 3 février 2015 concluant à une discrète scoliose cervicale avec une lordose physiologique diminuée, à une discarthrose sévère en C3-C4, à un rétrolisthésis de C4, à une hypertrophie des apophyses en C4-C5 et C6, sans rétrécissement significatif des canaux radiculaires et, au niveau de la hanche, à l'absence d'anomalie.

24. Par arrêt incident du 9 mars 2015 (ATAS/185/2015), la Cour de céans a rejeté la demande de mesures provisionnelles.

25. Par écriture du 7 avril 2015, l'OAI a persisté dans ses conclusions.

Se référant à l'avis de son Service médical régional (SMR), l'intimé considère que les nouveaux documents médicaux produits confirment l'absence de sévérité des épisodes dépressifs antérieurs. Quant aux facteurs psychosociaux ou socioculturels, il rappelle qu'ils ne figurent pas au nombre des atteintes à la santé susceptibles d'entraîner une incapacité de gain au sens de l'assurance-invalidité.

L'intimé fait remarquer qu'une aggravation de l'état de santé n'est déterminante pour le droit aux prestations que si elle a duré trois mois au moins.

Quant au fait que l'assurée ne soit plus en mesure d'assurer l'entretien de son ménage, il n'est pas pertinent dans la mesure où le statut de personne active n'a jamais été contesté.

26. Par écriture du 5 mai 2015, la recourante a également persisté dans ses conclusions.

En substance elle fait valoir qu'il ne lui appartient pas de démontrer une aggravation de son état de santé mais bien à l'office AI, dans la mesure où les diagnostics qui ont justifié l'octroi d'une rente (épisode dépressif d'évolution moyenne à sévère et trouble de la personnalité émotionnellement labile ou histrionique) sont toujours d'actualité, que son état de santé psychique aurait subi une amélioration justifiant une suppression du droit à la rente.

EN DROIT

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

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

2. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

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

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse du 14 octobre 2014 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.
4. Le litige a pour objet le droit de la recourante au maintien d'une rente d'invalidité au-delà du 1^{er} décembre 2014, plus particulièrement la question de savoir si son état de santé s'est amélioré depuis l'octroi initial d'une demi-rente, en octobre 2005 - confirmé en septembre 2007.
5. Mais il convient de se pencher, préalablement, sur le grief de violation du droit d'être entendue invoqué par la recourante, qui reproche à l'intimé d'avoir rendu sa décision sans donner suite à sa demande de prolongation de délai pour produire des pièces médicales.

Son reproche est cependant infondé dans la mesure où l'art. 73ter al. 1 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201) prescrit aux parties un délai de 30 jours pour faire part à l'OAI de leurs observations quant au projet de décision prévu par l'art. 57a LAI. Il s'agit là d'un délai légal qui, comme tel, ne peut être prolongé (cf. art. 40 al. 1 LPGA). L'intimé ne saurait donc se voir reprocher d'avoir rendu sa décision formelle sans donner suite à la demande de l'assurée.

6. Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit, qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

-
7. 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^{er} janvier 2008).

Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

8. 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).

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

9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le

le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).

10. Enfin, le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
11. a. En l'espèce, il convient d'examiner si la situation de la recourante a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit aux prestations, depuis septembre 2009, date à laquelle l'intimé a confirmé son droit à une demi-rente d'invalidité.

Il convient de rappeler que le droit à une demi-rente d'invalidité a été reconnu à l'assurée principalement en raison d'un état dépressif récurrent moyen à sévère, diagnostiqué par le Dr C_____, dont il convient de relever qu'il est le psychiatre traitant de la recourante depuis juin 2002.

Or, dans le cadre de la révision initiée fin 2012, ce médecin a fait état d'une amélioration de l'état de santé de sa patiente, qu'il a confirmée et expliquée en février 2013, indiquant qu'elle avait recouvré une capacité de 70% en mai 2012 et de 80% en octobre 2012.

La recourante conteste ce point de vue en faisant valoir que son psychiatre traitant se serait fondé sur une prémisse erronée, à savoir sa prétendue participation à l'entreprise de son époux. Elle soutient qu'au contraire, il y a eu aggravation significative de son état de santé psychique en décembre 2013.

b. La Cour de céans constate que l'évaluation du Dr C_____ ne se fonde pas seulement sur la reprise d'une activité par sa patiente. Le médecin a constaté que le fait, pour l'assurée, de fréquenter le commerce de son mari avait eu pour

conséquence une amélioration importante de son état psychique et lui avait permis de retrouver beaucoup de confiance en elle, au point que l'état dépressif était en voie de rémission complète. Il en voulait pour preuve la disparition des symptômes dépressifs - en dehors d'une fatigue résiduelle. Les conclusions du psychiatre traitant reposaient donc sur des éléments objectifs et sur ses propres observations cliniques. Elles sont d'autant plus convaincantes que c'est ce même médecin qui, par le passé, a jugé l'état dépressif de la recourante invalidant. Il a donc pu juger des différences cliniques avec 2003 et 2009.

Quant au rapport du Dr D_____, produit par la recourante, il ne permet pas d'infirmer les observations du Dr C_____, bien au contraire, puisqu'il en ressort que l'épisode dépressif grave intervenu en décembre 2014 - postérieurement à la décision litigieuse - s'est vite amendé (il est redevenu moyen début janvier 2015). Certes, ce médecin évalue depuis lors la capacité de travail de sa patiente à 50%, mais sans motiver sa position.

Il en découle qu'on ne saurait reprocher à l'intimé d'avoir considéré, à l'instar du psychiatre traitant, que l'état de l'assurée s'était amélioré au point de lui permettre de recouvrer, dès octobre 2012, une capacité de travail de 80%. A cet égard, le fait que l'intéressée n'ait pas repris une activité formelle rémunérée est sans pertinence.

Quant à l'aggravation alléguée par la recourante au niveau de ses cervicales, elle est certes objectivée par une radiographie mais postérieure à la décision litigieuse.

Enfin, les autres atteintes évoquées par la recourante (problèmes ORL et céphalées) n'ont été documentées par aucun rapport médical.

12. Reste à vérifier si cette amélioration avérée de l'état de santé de la recourante s'est traduite par une diminution du degré d'invalidité et dans quelle mesure.

L'OAI a fixé le revenu que l'assurée aurait réalisé sans atteinte à sa santé à CHF 47'079.-. En effet, l'intéressée avait travaillé de juin 1997 à juin 2000 en qualité de femme de chambre et, selon son dernier employeur, aurait réalisé en juillet 2000 un revenu annuel de CHF 38'594.40 en travaillant à plein temps, ce qui, après indexation selon l'ISS, correspond à un montant de CHF 47'079.- en 2012.

Ce montant n'apparaît pas critiquable et n'est d'ailleurs pas contesté par la recourante.

L'OAI l'a ensuite comparé à celui qu'aurait pu obtenir l'assurée en exerçant une activité adaptée à 70% dès mai 2012 selon les statistiques (ESS 2010, TA1, tous secteurs confondus, activité de niveau 4 = 4'225.- CHF/mois pour un horaire de 40 h./sem. = CHF 37'639.- par an à 70% pour un horaire de 41,6 h./sem. en 2012, puis réduction supplémentaire de 10% pour tenir compte du taux d'occupation réduit), soit CHF 33'876.-, ce qui l'a conduit à un degré d'invalidité de 28%, insuffisant pour ouvrir droit à une rente et d'autant moins par la suite, lorsque le taux d'occupation a été augmenté à 80%.

Il en découle que c'est à juste titre que l'intimé a mis un terme au versement de la demi-rente allouée jusqu'alors à la recourante, étant précisé qu'il est loisible à celle-ci, si elle considère que son état de santé s'est aggravé postérieurement à la décision litigieuse, de saisir l'intimé d'une demande de révision.

Eu égard aux considérations qui précèdent, le recours est rejeté.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. Met un émolument de CHF 200 à la charge de la recourante.
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

La Présidente

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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