

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3390/2010

ATAS/458/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 10 mai 2011

1<sup>ère</sup> Chambre

En la cause

Madame L \_\_\_\_\_, domiciliée à Meyrin, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître WASMER Olivier

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE  
GENEVE, sis rue de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et  
Norbert HECK, Juges assesseurs**

---

### EN FAIT

1. Madame L\_\_\_\_\_, née en 1962, d'origine éthiopienne, exerçant la profession d'ouvrière de fabrication, a déposé le 16 septembre 1998 une demande auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une rente. Souffrant d'une sarcoïdose, elle a cessé toute activité lucrative dès décembre 1997.
2. Dans un rapport du 6 octobre 1998, son médecin traitant, le Docteur A\_\_\_\_\_, pneumologue, a confirmé le diagnostic de sarcoïdose pulmonaire et ganglionnaire crânienne depuis fin 1994. Il a estimé l'incapacité de travail à 100% à compter du 23 décembre 1997.
3. Par décision du 14 juillet 1999, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité à compter du 1<sup>er</sup> décembre 1998.
4. Dans le cadre d'une première révision du dossier, le Dr A\_\_\_\_\_ a, le 23 mai 2005, indiqué que depuis fin 2004, la dyspnée s'était aggravée, en l'absence d'exposition à des poussières particulières, et les douleurs cervicales et lombaires réactivées, même au repos. Il y avait également une baisse de la capacité totale pulmonaire, laquelle semblait confirmer une évolution défavorable. La rente entière a dès lors été maintenue.
5. Une seconde procédure de révision a été initiée par l'OAI en août 2008.
6. Dans un rapport intermédiaire du 27 août 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire, que la dyspnée était présente au moindre effort, et que les épisodes de toux étaient fluctuants.

Par courrier du 21 octobre 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ a ajouté que "la DLCO/VA est actuellement à 64% du prédit, ce qui traduit une péjoration de la capacité de diffusion. L'augmentation de la TLC peut être liée à un air-trapping. Sur le plan pneumologique, *l'assurée* présente une dyspnée au moindre effort. Ceci ne permet pas d'envisager la reprise d'un travail physique. D'autre part, elle présente de fréquents épisodes de toux invalidantes et en général résistantes à tout traitement. Sur le plan plus rhumatologique, la patiente présente des cervicalgies et des lombalgies qui fluctuent au cours du temps avec actuellement une péjoration sévère des cervicalgies qui s'accompagnent d'une douleur dans le membre supérieur droit avec diminution de la force. Ceci m'a amené à proposer à la patiente une consultation chez le rhumatologue : Docteur B\_\_\_\_\_ à Meyrin".

Lors d'un entretien téléphonique avec la Dresse C\_\_\_\_\_ du SMR, le 11 novembre 2008, le Dr A\_\_\_\_\_ a précisé qu'en l'absence d'obstruction, il n'avait pas été fait de test au bronchodilatateur. Il n'y a pas de traitement sauf en présence

de crises qui peuvent durer des mois. Ces crises surviendraient fréquemment, mais il n'a pas vu l'assurée depuis longtemps. Il a été autrefois nécessaire de délivrer une corticothérapie per os pour venir à bout de ces épisodes. Un test d'effort cardiaque et pneumologique a été effectué et n'a pas montré d'origine somatique à ces dyspnées. Il ne s'oppose pas à la tenue d'une expertise, mais pense que la problématique se situe surtout au niveau rhumatologique et dit avoir adressé sa patiente au Dr B\_\_\_\_\_.

Le Dr A\_\_\_\_\_ a complété ses déclarations le 19 novembre 2008. Il souligne le fait que l'évolution de la sarcoïdose chez les patients noirs est souvent défavorable et qu'il semble que ce soit bel et bien le cas chez l'assurée qui n'a jamais présenté une sarcoïdose typiquement pulmonaire, mais bien plus systémique. Il estime que l'évolution de la maladie est défavorable et le pronostic lui semble très réservé. Il persiste à attester d'une incapacité de travail entière, probablement définitivement. Il précise enfin que contrairement à ce qu'il avait dit préalablement, il considèrerait qu'une expertise n'était pas indiquée.

7. Interrogé par l'OAI, le Dr B\_\_\_\_\_ a, dans un rapport du 18 décembre 2008, posé le diagnostic de rachialgies cervicales et lombalgies depuis 2005. Il estime néanmoins que l'activité exercée est encore exigible à 100%, du point de vue rhumatologique.
8. Dans une note du 11 février 2009, le Dr D\_\_\_\_\_ du Service médical régional de l'assurance-invalidité (SMR) constate ainsi que les rachialgies cervicales et lombaires dont souffre l'assurée n'empêchent pas l'exercice d'une activité à 100%. Il ne voit par ailleurs pas en quoi les épisodes de tachycardie sinusale inexplicables, diagnostiqués lors d'un Holter de 24 heures pourraient constituer un motif d'incapacité de travail. Il doute dès lors de l'incapacité de travail à 100% fixée par le Dr A\_\_\_\_\_ et propose de soumettre l'assurée à une expertise pneumologique.
9. Le Professeur E\_\_\_\_\_ et le Dr F\_\_\_\_\_ du service de pneumologie du Centre hospitalier universitaire vaudois (CHUV) ont été mandatés par l'OAI. Ils ont procédé à un examen le 20 mai 2009 et rédigé un rapport le 12 octobre 2009. Selon eux, l'assurée peut exercer tout type d'activité assise, pour autant qu'elle ne soit pas obligée de déplacer des poids et que le temps passé debout ne soit limité qu'à quelques minutes par heure. A la question de savoir comment le degré d'incapacité de travail avait évolué, ils expliquent qu'après une récurrence de sarcoïdose décrite par le Dr A\_\_\_\_\_ en 1997, les symptômes présentés par la patiente, de même que le bilan fonctionnel respiratoire, étaient restés stables. Depuis environ 2005, étaient apparues toutefois des douleurs articulaires nouvelles en progression sur la dernière année. Cette symptomatologie n'avait toutefois pas été mise en relation avec une sarcoïdose par le Dr B\_\_\_\_\_ lors de son rapport du 18 décembre 2008. Ils considèrent que des mesures de réadaptation professionnelle dans un travail assis, sans effort physique, peuvent être immédiatement envisagées (par exemple, travail

de secrétariat), étant précisé que l'assurée ne doit pas être exposée à de la fumée ni à de la poussière et qu'elle doit pouvoir atteindre le lieu de travail avec des déplacements limités (inférieurs à 500 mètres de marche et en évitant les escaliers).

10. Dans une note du 12 mars 2010, le Dr D\_\_\_\_\_ du SMR a pris note de ce qu'actuellement la capacité de travail était préservée dans la tâche bien précise que représentait l'activité antérieure dans le contrôle des emballages, dans une industrie pharmaceutique où les limitations fonctionnelles concernant l'atteinte à la santé de l'assurée sont respectées. En conséquence, on doit admettre que dès la date de l'expertise, la capacité de travail dans l'activité habituelle, comme dans une activité adaptée, est totale.
11. Le 23 avril 2010, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de décision aux termes duquel sa rente était supprimée.
12. Le 30 avril 2010, l'assurée a contesté ce projet.
13. Par courrier du 28 mai 2010, le Dr A\_\_\_\_\_, ayant pris connaissance du rapport d'expertise du 12 octobre 2009, constate que celui-ci porte essentiellement sur l'aspect pneumologique du problème de sa patiente. Or, il considère qu'actuellement l'incapacité de travail est liée beaucoup plus à l'asthénie et aux douleurs cervicales et lombaires qu'aux problèmes respiratoires. Il souligne à cet égard que la manifestation d'un syndrome inflammatoire dans les examens de laboratoire de 2009 lui paraît un indice difficile à réfuter. Il précise que durant ces dernières années, l'assurée a mené des activités de bénévolat, qui s'interrompaient lorsque les douleurs et l'asthénie se manifestaient. L'assurée lui a confié être prête à essayer de reprendre une activité à 50%, perspective devant laquelle il restait toutefois très réservé.
14. Invité à se déterminer, le médecin du SMR a, dans une note du 24 juin 2010, considéré que l'argumentation du Dr A\_\_\_\_\_ n'était ni convaincante, ni pertinente.
15. Par décision du 31 août 2010, l'OAI a confirmé la suppression de la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.
16. L'assurée, représentée par Me Olivier WASMER, a interjeté recours le 5 octobre 2010 contre ladite décision. Elle allègue que les conditions de la révision de son droit à la rente ne sont pas réalisées, son état de santé ne s'étant pas modifié. Elle conclut, préalablement, à la comparution personnelle des parties, et principalement, au maintien de sa rente entière d'invalidité.
17. Dans sa réponse du 3 novembre 2010, l'OAI, se fondant sur le rapport d'expertise du Service de pneumologie du CHUV, a conclu au rejet du recours.

18. Dans sa réplique du 10 décembre 2010, l'assurée rappelle que le 19 novembre 2008, son médecin traitant affirmait qu'elle était incapable de travailler à 100%, et s'étonne dès lors que l'OAI puisse sérieusement envisager que son état de santé se soit amélioré si considérablement que sa capacité de travail passe de 0 à 100% en à peine onze mois, "alors que cela fait plus de dix ans qu'elle a cette maladie qui l'empêche d'occuper une activité lucrative à 100%". Le 28 mai 2010, le Dr A\_\_\_\_\_ était même très réservé devant la perspective d'une reprise de travail à 50%. Reprenant les conclusions du rapport d'expertise, elle relève qu'elle ne voit pas comment elle pourrait travailler en ne s'exposant pas à la poussière. S'agissant de ses activités bénévoles rapportées par les experts, elle explique qu'il s'agit d'une occupation bénévole se déroulant sur une heure trente par semaine, qu'elle n'assume pas de manière régulière, "afin de garder une certaine forme et d'éviter de se sentir enfermée à la maison".
19. L'OAI a dupliqué le 20 décembre 2010, persistant dans ses conclusions.
20. Ce courrier a été transmis à l'assurée, puis la cause gardée à juger.

### **EN DROIT**

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, cette compétence revient à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. Interjeté dans les forme et délai prévus par la loi (art. 56ss LPGA), le présent recours est recevable .
3. Le litige porte sur le droit de l'OAI de supprimer la rente entière jusque-là versée à l'assurée.
4. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, 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. 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 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

b) Selon l'art. 28 al. 1 LAI dans sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2004, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à 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.

5. a) Selon l'art. 17 LPGGA, 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.

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 décision initiale de rente et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 343 consid. 3.5.2, 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée. Il convient encore d'ajouter qu'à l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), 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 lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5 p.110 ss). Pour qu'une décision de révision constitue elle aussi une (nouvelle) base de comparaison dans le cadre d'une autre révision, il faut qu'elle porte sur l'adaptation effective du droit à la rente en cours au taux d'invalidité nouvellement déterminé, et non qu'elle se borne à confirmer la décision initiale (ATF 109 V 265 consid. 4a; voir aussi ATF 130 V 75 consid. 3.2.3).

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 LPGGA. 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).

---

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 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, 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 du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). Sont des motifs de révision, l'amélioration ou l'aggravation de l'état de santé, la reprise ou l'abandon de l'activité lucrative, l'augmentation ou la baisse du revenu d'invalidité, la modification de la capacité d'accomplir les travaux habituels, la modification des critères d'évaluation de l'invalidité (modification du statut), la modification de la situation familiale déterminante lors de l'évaluation de l'invalidité des assurés qui s'occupent du ménage, et la modification de dispositions légales ou réglementaire impliquant des conditions du droit à la rente plus larges ou plus strictes ; ne constituent en revanche pas des motifs de révision la modification provisoire d'un de ces éléments, ou des modifications de directives administratives (cf. directives de l'Office fédéral des assurances sociales, CIIAI, ch. 5005 et ss). De même, un changement de jurisprudence n'est un motif ni de révision procédurale ni de reconsidération. En droit des assurances sociales, un changement de jurisprudence ne peut qu'exceptionnellement conduire à la révocation d'une décision, même si cette décision est assortie d'effets durables (notamment si elle concerne des prestations périodiques). Il faut que la nouvelle jurisprudence ait une telle portée générale qu'il serait contraire au droit à l'égalité de ne pas l'appliquer dans tous les cas, en particulier en maintenant une ancienne décision pour un seul assuré ou un petit nombre d'assurés. Si cette condition est remplie, la modification n'aura, en règle ordinaire, des effets que pour l'avenir. Cette pratique restrictive vaut en tout cas lorsque l'application d'une jurisprudence nouvelle s'opérerait au détriment du justiciable (cf. ATF 129 V 200 consid. 1.2).

b) Aux termes de l'art. 88<sup>bis</sup> al. 2 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité (RAI), la diminution ou la suppression de la rente ou de l'allocation pour impotent prend effet : au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a) ; 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 RAI (let. b).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent

un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

Dans l'assurance-invalidité, l'instruction des faits d'ordre médical se fonde sur le rapport du médecin traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI) (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

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. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. En effet, il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc ; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant.

d) Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

7. En l'espèce, il s'agit donc de déterminer si l'état de santé de l'assurée s'est amélioré entre la décision initiale du 14 juillet 1999 et la décision querellée du 31 août 2010.
8. En 1999 et en 2005, l'OAI s'était fondé sur les rapports du Dr A\_\_\_\_\_ pour respectivement accorder puis maintenir le droit à une rente entière d'invalidité.
9. Dans leur rapport d'expertise du 12 octobre 2009, les médecins du CHUV ont quant à eux considéré que l'assurée était capable de travailler à 100% dans une activité assise, pour autant qu'elle ne soit pas obligée de déplacer des poids et que le temps passé debout ne soit limité qu'à quelques minutes par heure, étant précisé qu'elle ne devait pas être exposée à de la fumée ni à de la poussière et qu'elle devait pouvoir atteindre le lieu de travail avec des déplacements limités (inférieurs à 500 mètres de marche et en évitant les escaliers).
10. Il y a préalablement lieu de constater que l'expertise réalisée par ces médecins remplit tous les réquisits de la jurisprudence permettant de lui attribuer pleine

valeur probante. Ils ont expliqué en quoi consistaient les atteintes à la santé de l'assurée, et leurs conclusions sont claires et bien motivées.

L'assurée les conteste cependant, se référant à son médecin traitant. Il s'agit dès lors de déterminer si l'appréciation du Dr A\_\_\_\_\_ est de nature à mettre en doute les conclusions des experts.

A cet égard, le Tribunal de céans renonce à entendre l'assurée, dans la mesure où il y a déjà eu double échange d'écritures.

La garantie offerte par l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale n'implique pas en effet un droit à être entendu oralement (ATF 130 II 429 consid. 2.1), mais bien celui de prendre position par écrit (ATF non publié du 13 novembre 2002, 4P.195/2002 ; ATF 125 I 219 consid. 9b). Le droit d'être entendu oralement ne peut être accordé que par une disposition légale expresse (cf. Pra 2003 n. 97 consid. 2.6), ce que l'art. 42 LPGA ne prévoit pas (ATFA non publié du 20 septembre 2005, C 128/04 consid. 1.2).

11. Le Dr A\_\_\_\_\_ considère que sa patiente est incapable de travailler à 100%, ce depuis le 23 décembre 1997. Il a confirmé ce taux lors des révisions intervenues en 2005 et en 2008. Le 27 août 2008, il a indiqué que l'état de santé était resté stationnaire. Il a précisé que l'assurée souffrait de cervicalgies et de lombalgies, raison pour laquelle il lui avait suggéré de consulter un rhumatologue. Il a du reste souligné que la problématique se situait alors surtout au niveau rhumatologique, ce qu'il a confirmé le 28 mai 2010, après avoir pris connaissance du rapport d'expertise des pneumologues du CHUV, en déclarant que l'incapacité de travail est actuellement liée beaucoup plus à l'asthénie et aux douleurs cervicales et lombaires, qu'aux problèmes respiratoires. Or, selon le Dr B\_\_\_\_\_, l'activité d'ouvrière de fabrication est encore exigible à 100% du point de vue rhumatologique.

Force est dès lors de constater, au vu des conclusions du rapport d'expertise du 12 octobre 2009 sur le plan pneumologique et du rapport du Dr B\_\_\_\_\_ du 18 décembre 2008 sur le plan rhumatologique, que rien ne devrait plus empêcher l'assurée de travailler dans son activité antérieure d'ouvrière occupée au contrôle des emballages dans une entreprise pharmaceutique, activité dans le cadre de laquelle les limitations fonctionnelles décrites par les experts sont en principe respectées. Cette capacité entière de travail peut être admise à compter de la date du rapport d'expertise. Les conditions de la révision du droit à la rente sont ainsi réalisées, de sorte que la décision de suppression de la rente ne peut être que confirmée.

**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 200 fr. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-  
WANGELER

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