

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3751/2012

ATAS/1266/2014

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 4 décembre 2014**

**3<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à PLAN-LES-OUATES avec  
élection de domicile en l'Etude de Maître Madjid LAVASSANI

recourante

contre

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

intimé

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

---

## EN FAIT

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), de nationalité suisse, née en 1967, mère de 3 enfants - nés en \_\_\_\_\_ 2001, respectivement en \_\_\_\_\_ 2003 et en \_\_\_\_\_ 2006 - a travaillé à plein temps du 1<sup>er</sup> janvier 1990 au 31 juillet 1996 en tant que vérificatrice d'état des titres auprès de l'Etat de Genève, avant de bénéficier des indemnités journalières de chômage. Puis, du 3 août 1998 au 18 janvier 1999, elle a occupé la fonction temporaire de réceptionniste-téléphoniste au centre d'orientation professionnelle.
2. Le 18 janvier 1999, l'assurée a fait une chute et subi un choc direct au niveau des épaules, de la tête et du dos. Souffrant de commotion cérébrale, elle a été mise en arrêt de travail le lendemain.
3. Les Drs B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie, et C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en chirurgie et médecin d'arrondissement de la Caisse nationale suisse d'assurance en cas d'accidents (Schweizerische Unfallversicherungsanstalt ; ci-après : la SUVA), l'ont jugée capable de reprendre le travail à 50% à compter de la mi-mai 1999 et à 100% dès le 1<sup>er</sup> juin 1999.
4. Dans un rapport du 23 décembre 1999, la Dresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu les diagnostics d'état dépressif réactionnel et de trouble panique, en précisant que le traitement psychiatrique était sans rapport avec l'accident.
5. Le 12 avril 2000, l'assurée a déposé une demande de rente auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité, devenu depuis lors l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : l'OAI), en invoquant les suites de son accident, des céphalées et une dépression.
6. Dans un rapport du 14 juillet 2000 la Dresse D\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, d'agoraphobie, de trouble panique et de somatisation (migraines, côlon spastique et infections oto-rhino-laryngologiques à répétition). Selon le médecin, la capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 12 juillet 1999 et pour une période indéterminée. Il était précisé que l'assurée présentait des troubles obsessionnels ; il était probable que les troubles, apparus en avril 1999, ne puissent pas disparaître.
7. Par décision du 2 avril 2001, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> avril 2001, fondé sur un degré d'invalidité de 100%.

8. Dans une décision ultérieure du 19 septembre 2001, l'OAI a reconnu à l'assurée le droit au versement rétroactif d'une rente entière d'invalidité du 1<sup>er</sup> janvier au 31 décembre 2000, et, à compter de septembre 2001, à une rente complémentaire pour son premier enfant.
9. Des rentes complémentaires supplémentaires ont ensuite été accordées à l'assurée à la naissance de ses deux autres enfants, dès le mois d'octobre 2003, respectivement dès le mois de juin 2006.
10. En 2006, l'OAI a initié une révision du dossier de l'assurée.
11. Par courrier du 19 juin 2006, la Dresse D\_\_\_\_\_ a informé l'OAI qu'elle n'était pas en mesure de remplir le rapport qui lui avait été adressé : si elle avait suivi l'assurée plus ou moins régulièrement de juillet 1999 à mai 2001, elle ne l'avait ensuite revue qu'une fois en janvier 2002, puis une nouvelle fois en février 2004 ; elle était sans nouvelles de sa part depuis lors. Bien que convoquée le 12 juin 2006, l'assurée ne s'était pas présentée.
12. L'assurée a finalement repris contact avec la Dresse D\_\_\_\_\_ en octobre 2006. Elle lui a expliqué vivre seule depuis 2004 dans un logement social et être en conflit avec sa mère et son frère, avec lesquels elle n'avait plus aucun contact ; elle ne sortait plus de chez elle, étant précisé qu'un ami de la famille l'aidait pour ses courses et ses démarches administratives ; elle ne semblait pas s'inquiéter de sa situation et ne comprenait pas la nécessité d'une prise en charge ; elle n'était plus suivie depuis des années et ne souhaitait pas l'être, préférant rester chez elle.
13. Dans un rapport du 5 janvier 2007, la Dresse D\_\_\_\_\_ a retenu les diagnostics de trouble panique avec agoraphobie et de trouble obsessionnel compulsif avec peu de prise de conscience depuis 1999. Le médecin a conclu à une totale incapacité de travail depuis 1999 et à une aggravation de l'état de santé de l'assurée.
14. Le 16 janvier 2007, l'OAI a informé l'assurée que sa rente et son degré d'invalidité étaient maintenus, sans modification de droit.
15. Le 8 mars 2010, l'OAI a entamé d'office une nouvelle procédure de révision.
16. Après plusieurs tentatives de prises de contact infructueuses, l'OAI a obtenu de l'assurée, à l'étranger jusqu'à la mi-juin 2010, qu'elle lui retourne à la fin du mois de juin 2010 le questionnaire pour la révision de son dossier.
17. C'est finalement le 15 juillet 2010 que l'assurée s'est exécutée, en alléguant que son état de santé était stationnaire et que sa dernière consultation chez la Dresse D\_\_\_\_\_ datait du mois de juillet 2010.
18. Par courrier du 9 octobre 2010, la Dresse D\_\_\_\_\_ a quant à elle indiqué à l'OAI n'avoir plus revu l'assurée depuis de nombreuses années. Suite à la demande de

réévaluation de l'OAI, l'intéressée s'était présentée à la consultation du 21 septembre 2010. Toutefois, ce seul entretien n'était pas suffisant pour permettre au médecin d'évaluer correctement la situation de l'assurée. Or, l'assurée n'avait pas donné suite à une proposition de rendez-vous.

19. Par courrier du 29 novembre 2010 à l'assurée, l'OAI a relevé que son dossier contenait de nombreuses divergences et incohérences. Considérant que, dans ces circonstances, il était possible que les prestations ne soient plus justifiées, au moins partiellement, l'OAI annonçait la suspension du droit à la rente avec effet immédiat au 30 novembre 2010, en attendant l'issue de la procédure de révision ayant pour objet de déterminer son degré d'invalidité.
20. N'étant pas parvenue à joindre l'assurée, la Dresse D\_\_\_\_\_ a fixé à l'intéressée un rendez-vous par courrier recommandé, au 9 décembre 2010. Le médecin relevait que deux entretiens proposés (les 30 novembre et 2 décembre 2010) avaient déjà été déclinés par l'assurée.
21. Par courrier du 22 mars 2011, l'assurée a requis le rétablissement de son droit à la rente avec effet au 1<sup>er</sup> décembre 2010.

Elle s'insurgeait que ses prestations aient été suspendues avec effet immédiat, sans lui avoir laissé l'opportunité de se déterminer.

Elle expliquait n'avoir certes pu rencontrer la Dresse D\_\_\_\_\_ en juillet 2010, mais lui avoir téléphoné. Elle alléguait que le médecin ne l'avait pas informée que la consultation du 21 septembre 2010 n'était pas suffisante pour évaluer correctement sa situation, raison pour laquelle elle n'avait pris aucune mesure particulière pour que la Dresse D\_\_\_\_\_ puisse la contacter.

L'assurée indiquait se trouver aux Etats-Unis, chez des amis qui prenaient soin d'elle et de ses enfants.

Elle alléguait avoir été victime, en décembre 2010, de crises de panique à répétition et avoir consulté les Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, lesquels avaient diagnostiqué une anxiété sévère. Son état empirant, elle consultait depuis la mi-janvier 2011 le Dr G\_\_\_\_\_, psychiatre, à raison d'une fois par semaine. Elle était sous anxiolytiques et antidépresseurs.

A l'appui de ses dires, l'assurée produisait un pli du 15 février 2011 du Dr G\_\_\_\_\_. Celui-ci y énumérait les symptômes qu'elle présentait lors de leur première consultation (niveau élevé et persistant d'anxiété chronique avec tension et douleur musculaires, attaques de panique récurrentes et imprévisibles avec des sensations d'essoufflement, d'étouffement, de suffocation, de difficultés à avaler, d'accélération du rythme cardiaque, d'étourdissement, d'engourdissement, de picotement, de frissons et de bouffées de chaleur).

22. Dans un rapport du 16 juin 2011, le Dr H\_\_\_\_\_, psychiatre exerçant aux Etats-Unis, a conclu à un trouble anxieux généralisé, à un trouble panique, à une dépression non spécifiée, à des céphalées, à des facteurs de stress indéterminés et a fait état d'un score de 48 sur l'échelle d'évaluation globale du fonctionnement. Il a attesté que l'assurée était sous traitement médicamenteux. Il a ajouté qu'une imagerie par résonance magnétique (IRM) réalisée le 15 juin 2011 n'avait rien révélé d'anormal. Il a conclu à une totale incapacité de travail en raison de l'instabilité de l'état de santé et a préconisé d'éviter tout voyage, quel qu'en soit le motif.
23. Le 20 juin 2011, le conseil de l'assurée a informé l'OAI que sa mandante ne pourrait se présenter à l'entretien auquel elle avait été convoquée pour le 24 juin 2011 (par courrier du 9 mai 2011) car elle se trouvait toujours aux Etats-Unis. Sans ressources, elle ne pouvait s'acquitter du prix des billets d'avion. En outre, si elle quittait les Etats-Unis, elle risquait de perdre son autorisation de séjour. L'assurée était toutefois disposée à organiser une conférence téléphonique.
24. Le 24 juin 2011, le conseil de l'assurée a représenté sa mandante devant l'OAI. Il a expliqué n'avoir jamais rencontré l'intéressée, qui l'avait mandaté depuis les Etats-Unis, où elle se trouvait depuis l'hiver 2010. Sa mandante, selon ses dires, menait une vie assez inhabituelle ; elle n'avait pas annoncé son départ aux autorités compétentes ; elle n'avait communiqué à son conseil aucune coordonnée postale ou téléphonique ; ses deux premiers enfants étaient scolarisés aux Etats-Unis, le troisième étant trop jeune pour aller à l'école ; elle n'avait pas de domicile à Genève, mais une adresse en poste restante ; elle était suivie régulièrement par un psychiatre et un psychologue ; elle était toujours affiliée en Suisse, s'agissant de l'assurance de base et des assurances complémentaires.
25. Le 12 juillet 2011, le conseil de l'assurée a informé l'OAI qu'il cessait d'occuper.
26. Le 26 août 2011, l'OAI a adressé à l'assurée un courrier lui indiquant que son conseil n'avait pu répondre aux questions qui lui avaient été posées lors de l'entretien et qu'à l'issue de ce dernier, il s'était engagé à se renseigner et à communiquer à l'OAI les éléments requis. Son mandat ayant été résilié quelques jours plus tard, il n'avait d'autre choix que d'interpeller directement l'assurée. Celle-ci était priée de lui communiquer les éléments pertinents relatifs à son séjour aux Etats-Unis et à sa situation personnelle, familiale, médicale et économique. A cet égard, l'OAI a rappelé à l'intéressée les obligations de renseigner et de collaborer qui lui incombaient et les conséquences en cas de manquement à ces obligations. Un délai de 15 jours lui était imparti pour fournir les renseignements demandés, à défaut de quoi, l'OAI statuerait en l'état du dossier, ce qui pourrait conduire à la suppression de la rente d'invalidité.

27. Ce délai a été prolongé par la suite, suite à la constitution d'un nouveau conseil, le 12 septembre 2011.
28. Par courrier du 6 octobre 2011, l'assurée a allégué n'avoir pas les moyens de revenir en Suisse. Elle était arrivée le 22 septembre 2010 aux Etats-Unis. Elle logeait chez des amis à Miami en Floride. Elle et ses enfants bénéficiaient d'un visa touristique. Elle n'avait aucune intention de s'établir aux Etats-Unis, ni de demander une autorisation de séjour. Ses primes d'assurance-maladie et celle de ses enfants étaient impayées en raison de la suspension de sa rente d'invalidité. Ses enfants étaient scolarisés à domicile. Elle avait quitté son appartement genevois à la fin du mois de janvier 2009. Elle n'exerçait aucune activité lucrative et ne disposait d'aucun autre moyen de subsistance que l'aide de ses amis. Elle passait ses journées avec ses enfants, sans aucune attente, projet personnel ou professionnel. Elle n'avait aucun loisir ni activité régulière en raison de ses problèmes de santé. Elle voyait son psychiatre une fois par mois, son psychologue une fois tous les 15 jours et prenait des médicaments.
29. Le 4 novembre 2011, l'OAI a informé l'assurée qu'il avait l'intention de mettre sur pied une expertise, confiée à la Dresse I\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Après plusieurs échanges de courriers entre l'OAI et le conseil de l'assurée à propos de la réalisation de cette expertise, l'assurée a finalement été examinée par la Dresse I\_\_\_\_\_ le 24 janvier 2012. Dans son rapport du 8 février 2012, la Dresse I\_\_\_\_\_ n'a retenu aucun diagnostic psychique ayant une répercussion sur la capacité de travail. Elle a en revanche mentionné, en précisant qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail : une anxiété épisodique paroxystique présente depuis 1999 et un trouble obsessionnel-compulsif avec comportements compulsifs (rituels obsessionnels) au premier plan, présent depuis de nombreuses années.

La Dresse I\_\_\_\_\_ a rappelé le contexte dans lequel l'expertise avait été menée, résumé le dossier de l'assurée, exposé l'anamnèse, relaté les plaintes de l'intéressée et les données subjectives et fait état du status clinique.

L'expert a décrit l'assurée comme séductrice, manipulatrice et souriante ; à une occasion, l'assurée avait paru éclater en sanglots, mais sans larme. Elle était prolixe en ce qui concernait ses problèmes de santé, mais très évasive concernant son anamnèse et sa vie quotidienne. Les symptômes allégués (troubles de la concentration et de la mémoire, humeur abaissée, fatigue, attaques de panique et anxiété) n'avaient pas été objectivés durant l'entretien.

L'expert a rappelé qu'à compter du 12 juillet 1999, l'assurée avait été suivie par la Dresse D\_\_\_\_\_, plus ou moins régulièrement jusqu'en mai 2001. Elle l'avait encore consultée en janvier 2002 et en février 2004, à la suite de quoi, elle avait cessé tout suivi et toute médication. En 2006, elle avait été convoquée par la

Dresse D\_\_\_\_\_ afin que cette dernière puisse répondre aux questions de l'OAI. L'assurée avait alors affirmé au médecin ne plus avoir quitté son appartement depuis plus d'une année, en omettant de mentionner son séjour aux Etats-Unis. L'expert a relevé que, dans son rapport du 5 janvier 2007, la Dresse D\_\_\_\_\_ avait mentionné que l'assurée vivait seule, aidée par un voisin ; en réalité, elle venait d'accoucher de son troisième enfant aux Etats-Unis.

L'expert a également souligné que si l'assurée, interrogée sur les raisons de l'arrêt du suivi par la Dresse D\_\_\_\_\_, alléguait que cette dernière était régulièrement absente lorsqu'elle se présentait à son cabinet, qu'elle n'avait pas d'autre rendez-vous et que la Dresse D\_\_\_\_\_ ne lui téléphonait pas pour prendre de ses nouvelles, il ressortait du dossier qu'en réalité, c'était la Dresse D\_\_\_\_\_ qui avait convoqué l'assurée à de nombreuses reprises, sans succès.

L'expert a relaté que, le jour de l'expertise, l'assurée était venue en voiture, amenée par un ami, malgré l'allégation de symptômes anxieux majeurs se manifestant lorsqu'elle se trouvait dans un véhicule. A son arrivée, l'assurée se montrait essoufflée et se disait angoissée à l'idée de ne pas trouver le cabinet. Cependant, l'expert n'avait pu observer ni hyperventilation, ni transpiration, ni moiteur des mains ; qui plus est, en moins d'une minute, les symptômes avaient disparu.

A la question de savoir comment, malgré ses attaques de panique, elle pouvait voyager, se rendre dans un aéroport et supporter un trajet de huit heures d'avion pour Miami, l'assurée avait répondu que cela lui était possible grâce aux médicaments et à la bouteille d'eau, qu'elle avait en permanence sur elle. L'expert a relevé que le jour de l'expertise, l'assurée n'avait pas de bouteille d'eau avec elle.

Aux dires de l'assurée elle-même, la fréquence des attaques de paniques était inférieure à une fois par semaine et celles-ci pouvaient être contrôlées par des techniques de respiration et une médication. L'expert en a tiré la conclusion que ces attaques n'entraînaient pas de limitations et n'étaient pas incapacitantes.

Quant aux rituels obsessionnels relatés par l'assurée (vérifier que le four n'était pas allumé et que la porte d'entrée était bien fermée une dizaine de fois par jour et compter ses pas à l'extérieur jusqu'à huit, puis recommencer à compter), ils n'entraînaient pas non plus de limitations.

L'expert a relaté que, durant l'entretien, l'assurée avait été tonique et vigilante, répondant sans délai aux questions qui lui étaient posées, sans nécessité de prendre des médicaments. Son humeur était neutre et le seuil anxiogène discrètement abaissé, sans trouble anxieux majeur, ni anxiété généralisée. Des traits limites de personnalité étaient présents mais n'atteignaient pas le seuil suffisant pour retenir un trouble de la personnalité.

L'expert a finalement conclu à une amplification de symptômes ne correspondant à aucun diagnostic.

Il a relevé par ailleurs que la reprise des consultations aux Etats-Unis (dès mi-décembre 2010) et de la médication, était postérieure à la suppression de la rente d'invalidité.

Selon l'expert, l'assurée ne présentait aucun trouble psychique entraînant des limitations ou l'empêchant de s'adapter à un environnement professionnel. Sa capacité de travail était entière dans toute activité à plein temps (8 h./jour), sans diminution de rendement. La sociabilité était conservée (amis en Suisse et aux Etats-Unis). L'expert a jugé que l'état de l'assurée - en incapacité de travail depuis le 12 juillet 1999 (début du suivi chez la Dresse D\_\_\_\_\_) - s'était amélioré à tout le moins dès mars 2004, compte tenu de l'arrêt de tout suivi psychiatrique et de la médication et des voyages annuels aux Etats-Unis. Aucune mesure de réadaptation professionnelle n'était à envisager.

30. Le 28 février 2012, la Dresse J\_\_\_\_\_, du Service médical régional de l'AI (SMR) s'est ralliée aux conclusions de cette expertise, relevant pour le surplus qu'au moment de la révision de 2006, l'assurée avait fourni de faux renseignements, tu des informations importantes à la Dresse D\_\_\_\_\_ et que, dans le cadre de son entretien avec la Dresse I\_\_\_\_\_, elle avait également menti concernant les raisons de l'arrêt de son suivi psychiatrique.
31. Entre la fin du mois de mars et le début du mois d'avril 2012, l'OAI a tenté de joindre l'assurée afin de mettre en œuvre une enquête ménagère, sans succès. Son conseil a alors informé l'OAI que sa mandante n'était plus domiciliée à son adresse officielle mais qu'elle vivait chez des amis dont elle refusait de communiquer les noms, afin de leur éviter des ennuis. A son conseil, elle avait déclaré être domiciliée à Paris.
32. Par courrier du 3 avril 2012 adressé au conseil de l'assurée, l'OAI a rappelé à l'intéressée son obligation de renseigner et de collaborer et lui a accordé un délai au 27 avril 2012 pour lui communiquer son adresse effective et organiser une rencontre à son domicile.
33. Le 23 avril 2012, le conseil de l'assurée a informé l'OAI qu'il cessait d'occuper.
34. Par courrier du 25 avril 2012, l'assurée a affirmé à l'OAI qu'elle était hébergée chez une connaissance et qu'elle ne se trouvait pas en Suisse. Selon elle, on ne pouvait lui reprocher l'impossibilité de réaliser une enquête ménagère, dans la mesure où la suspension de son droit la privait des ressources nécessaires à l'obtention d'un logement. La seule personne désireuse de l'aider se trouvait à Miami. Elle ne désirait pas rentrer en Suisse dans l'immédiat.

Par ailleurs, l'assurée a contesté les conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_ et reproché à celle-ci son comportement « désagréable ».

Elle a allégué être également suivie par la Dresse K\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie à Genève, dont elle a annoncé qu'elle rédigerait un rapport.

Enfin, l'assurée a menacé d'attenter à ses jours si l'OAI continuait à « s'acharner sur elle » et d'en informer les media, « afin d'alerter le public sur certains dérapages [... commis] avec l'aide d'expert complaisant ».

35. Le 25 juin 2012, la Dresse K\_\_\_\_\_ a indiqué à l'OAI avoir vu l'assurée à quatre occasions, en février et mars 2012, afin de procéder à une évaluation, mettre en place un traitement médicamenteux et prescrire des arrêts de travail. Il n'avait pas été possible de mettre en place un suivi régulier et l'assurée n'avait pas repris rendez-vous depuis la dernière consultation, le 19 mars 2012. La Dresse K\_\_\_\_\_ ne disposait donc pas des éléments pour établir le rapport demandé par l'OAI.
36. Par courrier du 23 juin 2012, l'assurée a demandé une nouvelle fois à l'OAI de reprendre le versement de sa rente. Elle a allégué ne jamais avoir caché ses voyages aux Etats-Unis, a persisté dans ses déclarations relatives aux raisons ayant motivé l'arrêt de son suivi par la Dresse D\_\_\_\_\_, a contesté une nouvelle fois l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_, à laquelle elle a reproché de l'avoir « agressée », de lui avoir parlé « comme un policier » et de lui avoir lancé des « piques ».
37. Le 23 août 2012, l'assurée a persisté dans ses conclusions, alléguant que son incapacité de travail et le caractère invalidant de ses atteintes étaient attestés par le Dr H\_\_\_\_\_ et la Dresse K\_\_\_\_\_, notamment.

A l'appui de sa position, l'assurée a produit deux certificats établis par le Dr H\_\_\_\_\_ et Monsieur L\_\_\_\_\_.

Le Dr H\_\_\_\_\_ attestait que l'assurée avait été sa patiente du 4 mars au 29 octobre 2011, qu'elle l'avait consulté en raison d'angoisse, de palpitations, de difficultés respiratoires, d'insomnies, de phobies, de confusion et de problèmes de concentration. Il avait diagnostiqué une anxiété généralisée et une panique. Il l'avait revue à plusieurs reprises pour des séances intensives de psychothérapie et lui avait prescrit des anxiolytiques. Durant cette période et bien avant, l'assurée relatait des difficultés d'adaptation sociale, responsables d'un comportement inadéquat en public ou dans des situations requérant un minimum de concentration ou d'engagement intellectuel.

Quant à L\_\_\_\_\_, il indiquait avoir traité l'assurée par acupuncture du 5 mai au 12 août 2011, une à deux fois par semaine, pour une anxiété sévère et des vertiges.

38. Le 21 septembre 2012, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision dont il ressortait qu'il se proposait de lui nier le droit à une rente d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> mars 2004.
39. Par pli du 13 octobre 2012, l'assurée a contesté ce projet en reprochant à l'OAI de n'avoir pas tenu compte des pièces médicales produites. Elle a allégué s'être toujours conformée aux demandes de l'OAI, jusqu'à se soumettre à une expertise dont la forme et la valeur probante étaient contestées.
40. Par décision du 2 novembre 2012, l'OAI a nié à l'assurée le droit à une rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2004. Il a constaté le non-respect de l'obligation de renseigner. Pour le surplus, il a souligné que les prestations indûment perçues devraient être restituées et qu'une décision de restitution séparée serait notifiée ultérieurement à l'intéressée. Enfin, l'OAI a retiré l'effet suspensif à un éventuel recours.

L'OAI a considéré, à la lecture des documents médicaux réunis dans le cadre de la révision du dossier de l'assurée, que l'état de santé de cette dernière s'était amélioré de manière significative depuis la décision initiale, puisqu'elle ne présentait plus d'atteinte à la santé susceptible de justifier une incapacité de travail durable et ce, depuis mars 2004 au moins. A compter de cette date, la capacité de travail raisonnablement exigible avait été de 100% dans toute activité, de sorte que le droit à la rente s'était éteint en juin 2004.

Cela étant, l'OAI a fait remonter la suppression de la rente au mois de mars 2004, à compter duquel il a jugé que l'assurée n'avait plus respecté son obligation de renseigner, laquelle lui avait pourtant été rappelée à réitérées reprises, notamment le 3 avril 2012.

41. Par écriture du 10 décembre 2012, l'assurée, par l'intermédiaire d'un nouveau conseil, a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant principalement à ce que le droit à une rente entière lui soit reconnu, subsidiairement à ce que des mesures professionnelles lui soient octroyées.

En substance, la recourante s'oppose à la suppression de sa rente avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> mars 2004, rappelant que l'OAI l'avait maintenue par décision du 16 janvier 2007 rendue sur la base du rapport rédigé le 5 janvier 2007 par la Dresse D\_\_\_\_\_.

Pour le surplus, la recourante conteste formellement toute violation de l'obligation de collaborer. Elle s'insurge qu'on lui reproche de n'avoir pas annoncé une amélioration de son état de santé, pourtant contredite par le rapport du 5 janvier 2007 de la Dresse D\_\_\_\_\_, et nie toute valeur probante à l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_.

42. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 janvier 2013, a conclu au rejet du recours et à ce qu'une comparution personnelle des parties soit ordonnée.

Selon l'intimé, la suppression de la rente dès le mois de mars 2004 est justifiée, la recourante ayant fait preuve d'un manque de collaboration manifeste au cours de la procédure d'instruction : elle a sciemment induit l'intimé et les médecins en erreur, en donnant de fausses informations sur sa situation. Ainsi, à la Dresse D\_\_\_\_\_, elle a affirmé vivre seule depuis 2004, omettant de mentionner l'existence de ses trois enfants ; en outre, elle a prétendu ne pouvoir quitter son appartement, ce qui a conduit la Dresse D\_\_\_\_\_ à conclure à un trouble panique avec agoraphobie, alors que ses crises de paniques ne l'ont pourtant pas empêchée de voyager à plusieurs reprises vers les Etats-Unis, où deux de ses enfants sont nés ; son courrier du 25 avril 2012 a été rédigé, voire même envoyé, de Paris, ce dont l'intimé tire la conclusion que l'assurée voyage et se déplace aisément, nonobstant ses crises de panique et son agoraphobie ; dans le questionnaire de révision du 15 juillet 2010, la recourante a menti, prétendant s'être rendue à la consultation de la Dresse D\_\_\_\_\_ ce mois-là, alors que la dernière consultation remontait à octobre 2006.

L'intimé se réfère à l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_, dont il estime qu'elle doit se voir reconnaître pleine valeur probante, pour conclure à l'absence de limitations fonctionnelles d'un point de vue psychiatrique.

43. Le 6 mars 2013, la recourante a complété son recours en persistant dans ses conclusions. Subsidièrement, elle a invoqué la prescription de la demande de restitution.

La recourante affirme qu'en réalité, la décision querellée repose sur des faits totalement étrangers au dossier, soit une affaire pénale ouverte à l'encontre d'une tierce personne, dans laquelle elle a été citée : la suspension de sa rente coïncide en effet avec les démêlés judiciaires de son ancien compagnon, en 2010. Elle en veut pour preuve que la Dresse I\_\_\_\_\_ l'a questionnée sur ses ennuis avec la justice et sur la constitution d'une entreprise commerciale avec son ancien compagnon. Selon la recourante, l'experte a focalisé l'entretien sur ses rapports sociaux, laissant de côté les aspects médicaux essentiels comme les médicaments qu'elle prenait et leur posologie.

La recourante s'étonne également du fait que la Dresse K\_\_\_\_\_ n'ait pu rédiger un rapport, malgré quatre consultations. Elle se dit persuadée que ce comportement s'explique par « une information externe au dossier ».

Selon elle, l'opacité de l'instruction de son dossier porte atteinte à son droit d'être entendue et devrait conduire à l'annulation de la décision querellée, laquelle ne tient pas compte des certificats établis par le Dr H\_\_\_\_\_.

Enfin, la recourante a fourni sa nouvelle adresse à Genève.

44. Une audience de comparution personnelle a été convoquée pour le 11 avril 2013. La recourante, absente, y était représentée par son conseil.

Ce dernier a indiqué que sa mandante vit depuis deux ans aux Etats-Unis, chez des connaissances qui la prennent en charge.

Il a expliqué que l'assurée, faute de moyens, n'avait pu revenir en Suisse pour l'audience. Son bail à Genève avait été résilié et elle ne disposait plus que d'une boîte postale.

Le conseil de la recourante a pris note du fait que la nouvelle adresse transmise par l'assurée dans son écriture du 6 mars 2013 n'avait pas été annoncée à l'Office cantonal de la population.

Selon lui, le dossier de sa mandante aurait traité différemment dès l'instant où son ancien compagnon avait fait l'objet d'une procédure pénale.

L'intimé a fait remarquer s'être heurté à de nombreuses difficultés depuis plusieurs années, la recourante n'étant jamais disponible : elle affirmait résider à Genève, alors qu'en réalité, elle résidait aux Etats-Unis ; elle n'avait jamais répondu clairement aux questions qui lui avaient été posées, étant précisé que les réponses de son conseil actuel étaient les mêmes que celles de ses précédents conseils.

Quant à la procédure pénale à laquelle il était fait allusion, elle ne pouvait être versée au dossier dans la mesure où elle implique des tiers. L'intimé a admis y avoir eu accès mais a affirmé n'en avoir retiré aucun élément à l'encontre de la recourante, tous les éléments ayant présidé à la décision querellée figurant au dossier.

L'intimé a annoncé qu'il souhaitait poser à la recourante des questions portant notamment sur une société qu'elle semble avoir créée aux Etats-Unis.

Quant à l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_, il a relevé qu'il est normal que ce qui a trait à la famille, au conjoint et à la vie sociale de la recourante soit traité et figure dans l'anamnèse.

45. Par pli du 24 avril 2013, l'intimé a transmis à la Cour de céans la liste des questions qu'il souhaitait voir poser à la recourante.

46. Par courrier du 29 mai 2013, celle-ci a une nouvelle fois contesté tout manquement à son obligation de collaborer.

Puis, elle a relevé qu'aucune des questions posées par l'intimé ne portait sur son état de santé.

Elle a indiqué tenir à disposition ses nombreuses boîtes de médicaments.

En réponse aux questions de l'intimé, la recourante a indiqué qu'elle ne réside pas aux Etats-Unis mais qu'elle y séjourne depuis fin septembre 2010, suite à la suspension de sa rente. Un ami de nationalité américaine, dont elle refuse de donner l'identité, l'héberge et la nourrit gratuitement, elle et ses enfants. Elle n'a pas la nationalité américaine et ne possède pas de titre de séjour. Elle s'est rendue aux Etats-Unis de 2003 à 2010, mais pas chaque année (elle ne peut cependant indiquer les dates de ses séjours, en raison de problèmes de mémoire). Elle a également voyagé en France et en Italie, sans pouvoir préciser quand. Si elle n'a pas annoncé son départ de Suisse, c'est qu'elle n'a aucune intention de s'établir aux Etats-Unis. Elle n'a aucune activité lucrative, se sent incapable d'en exercer une et n'a donc aucun revenu. Elle s'est rendue à Paris en avril 2012, car elle n'avait plus de possibilité d'hébergement à Genève. Ses enfants ne sont pas scolarisés, mais leur éducation est assurée par son ami américain. Sur l'initiative de ce dernier, elle a créé la société M\_\_\_\_\_ LLC, laquelle n'a jamais déployé d'activité. Quand elle se rend aux Etats-Unis, ce sont l'idée de s'évader de son « enfer » quotidien et la prise de médicaments à plus forte dose qui lui permettent de contenir tant bien que mal son agoraphobie.

Enfin, la recourante a allégué que la Dresse K\_\_\_\_\_ avait jugé son état très préoccupant et avait délivré des certificats d'incapacité de travail.

47. Dans ses observations du 27 juin 1013, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

L'intimé considère que les réponses et documents produits par la recourante confirment ses manquements à son obligation de renseigner, voire le fait qu'elle s'est fait attribuer une rente d'invalidité de manière irrégulière.

Il rappelle les contradictions entre les déclarations de la recourante à la Dresse D\_\_\_\_\_ et la réalité des faits : n'étant pas au bénéfice d'un permis d'établissement, l'assurée est contrainte de quitter régulièrement le territoire américain ; or, ces voyages répétés sont incompatibles avec l'état de santé allégué.

Les réponses de la recourante quant à ses voyages aux Etats-Unis, en France et en Italie sont insuffisantes : la recourante n'a fourni que la copie de son passeport, pas celles des passeports de ses enfants ; de plus, son passeport date de 2012, de sorte qu'il est impossible de connaître le détail de ses voyages antérieurs.

En ce qui concerne sa situation personnelle, de nombreux indices viennent confirmer que la recourante exerce une activité lucrative, comme le lui permet son état de santé : aucune indication satisfaisante n'a été fournie quant à la manière dont elle subvient à ses besoins et ceux de ses enfants ; après l'avoir nié, elle a admis l'existence de la société qu'elle a créée et dont elle est administratrice ; elle ne fournit aucun document démontrant que cette société n'a jamais eu d'activité.

Enfin, son « ami anonyme » semble subvenir à ses besoins et ceux de ses enfants, en plus de fournir à son aînée une éducation à domicile. Pourtant, aucun document n'est fourni au sujet de la scolarisation des enfants.

48. Dans ses observations du 15 août 2013, la recourante a intégralement contesté les éléments avancés par l'intimé, s'insurgeant contre ses conclusions et mettant en avant sa bonne collaboration et la non-pertinence des éléments retenus à son encontre. Elle affirme ne s'être rendue en France que pour faire ses courses et en Italie pour rendre visite à sa famille.
49. Le 3 novembre 2013, la recourante a informé la chambre de céans de la dissolution effective de M\_\_\_\_\_ LLC le 27 septembre 2013 (au motif que la déclaration annuelle n'avait pas été retournée).
50. Par pli du 14 novembre 2013, l'intimé a relevé que le motif de dissolution de la société démontrait l'existence de déclarations fiscales et des comptes pour les années précédentes, lesquels n'avaient toutefois pas été produits, en violation du devoir de renseignement incombant à la recourante. Pour le surplus, il a persisté dans ses conclusions.
51. Le 13 janvier 2014, la recourante a produit plusieurs documents démontrant, selon elle, que M\_\_\_\_\_ LLC n'a jamais fourni une quelconque activité depuis sa création, jusqu'à sa dissolution. Elle a par ailleurs fait valoir que le recours interjeté par son ancien compagnon contre une décision de l'intimé le concernant avait été admis par la Cour.
52. Le 5 février 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

Il fait remarquer que la recourante ne peut tirer aucun argument de la procédure l'ayant opposée à son ancien compagnon.

Quant aux documents produits relatifs à M\_\_\_\_\_ LLC, ils ne permettent pas de connaître son activité mais démontrent en revanche que, nonobstant son état de santé, la recourante a été en mesure de créer une société et de déployer une activité lui permettant de générer un revenu.

53. Par pli du 12 mars 2014, la recourante a fait valoir que la Dresse I\_\_\_\_\_ avait manifestement eu connaissance des affaires pénales dirigées contre son ancien compagnon, lesquelles n'avaient rien à voir avec son dossier. Sur cette base, la recourante a demandé à ce que l'expertise soit écartée de la procédure.
54. Le 2 avril 2014, en réponse aux questions de la Cour de céans, la Dresse I\_\_\_\_\_ a confirmé avoir eu connaissance d'éventuels problèmes de la recourante avec la justice, par le biais du dossier transmis par l'intimé. Des documents évoquant une suspicion d'escroquerie y figuraient avec les documents médicaux. Elle avait

renvoyé ce dossier à l'intimé, lequel lui avait retourné un dossier ne comportant que les documents médicaux. Quant aux questions relatives aux éventuels problèmes de la recourante avec la justice, la Dresse I\_\_\_\_\_ a expliqué qu'il lui arrive de poser ce type de questions pour investiguer d'éventuels traits de personnalité (par exemple : antisociale, émotionnellement labile type borderline ou impulsive). Elle a ajouté qu'une anamnèse fouillée sur le plan personnel permet de mieux apprécier la globalité de la personne et sa capacité de travail, affirmant qu'en tout état de cause, ses conclusions ne reposaient pas sur les éventuels problèmes de la recourante avec la justice, mais sur l'examen clinique et les nombreuses discordances relevées.

55. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 3 avril 2014, au cours de laquelle la Dresse D\_\_\_\_\_ a été entendue.

Le témoin a confirmé n'avoir suivi la recourante régulièrement que jusqu'en mai 2001 et ne l'avoir par la suite revue qu'une fois en janvier 2002, une fois en février 2004 et une fois en septembre 2010.

Le témoin a expliqué qu'au moment de la rédaction du rapport de 2007, il n'avait aucune idée de la naissance des trois enfants de la recourante, affirmant que s'il avait eu connaissance de ces faits, cela aurait modifié sa position.

Le témoin a expliqué qu'aux consultations, la recourante venait seule, malgré son agoraphobie, mais que cela n'avait rien de surprenant dans la mesure où son dernier domicile et le cabinet étaient proches. Mais au vu des circonstances, le médecin a affirmé qu'il n'aurait probablement pas conclu à un trouble panique, ou aurait estimé à tout le moins qu'il était en rémission.

Le témoin a ajouté avoir été frappé, en 2010, par l'aspect physique de la recourante, extrêmement soignée, comme jamais auparavant, ce qui l'avait interpellé, dans la mesure où l'intéressée se disait presque incapable de sortir de chez elle.

Si la question des enfants a été abordée en 2004, elle ne l'a pas été expressément lors des rendez-vous suivants. Cependant, la recourante a toujours affirmé vivre seule et avoir rompu avec sa famille, ne disposant que de l'aide d'une seule personne pour les courses. L'agoraphobie paraissait tout à fait incompatible avec le fait de devoir gérer trois enfants, surtout petits.

En septembre 2010, l'assurée a une nouvelle fois affirmé vivre cloîtrée chez elle.

Le médecin lui a ensuite fixé deux rendez-vous par courriers recommandés, en octobre et en décembre, auxquels l'assurée ne s'est pas présentée.

Le témoin a dit tout ignorer d'éventuels ennuis judiciaires rencontrés par l'ancien compagnon de l'assurée, compagnon dont il ignorait l'existence jusqu'alors.

En cas de scolarisation à domicile, l'agoraphobie paraissait plus compatible avec le fait d'avoir trois enfants puisqu'en ce cas, la personne n'était pas obligée de sortir pour les amener à l'école.

56. Dans ses conclusions motivées du 29 avril 2014, la requérante a conclu préalablement à ce que la production de l'ensemble des documents adressés à la Dresse I\_\_\_\_\_ par l'intimé soit ordonnée, principalement à ce qu'il soit dit que son droit à une rente d'invalidité demeure inchangé, subsidiairement à ce que la décision querellée soit annulée en raison de la prescription et plus subsidiairement encore, à ce que la décision querellée soit annulée en rapport avec la restitution des rentes versées avant le 1<sup>er</sup> novembre 2007, en raison de la prescription.

Pour le surplus, la requérante conteste une fois encore la valeur probante de l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_, à laquelle des documents extra-médicaux ont été remis.

Quant aux déclarations de la Dresse D\_\_\_\_\_, elle les juge contradictoires et non pertinentes.

57. Dans ses conclusions du 9 mai 2014, l'intimé a également persisté dans ses conclusions.

Selon lui, les enquêtes permettent d'établir que la requérante a violé son obligation de renseigner : en particulier, la Dresse D\_\_\_\_\_ a confirmé que la requérante lui a sciemment menti sur sa situation personnelle afin que le droit à une rente d'invalidité lui soit reconnu.

58. Par courrier du 28 mai 2014, la requérante s'est insurgée contre les conclusions de l'intimé, contestant avoir menti et trompé la Dresse D\_\_\_\_\_.

### **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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2011, la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

La compétence de la Cour de cassation 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).

3. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4<sup>ème</sup> révision), du 6 octobre 2006 (5<sup>ème</sup> révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2004, respectivement, le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et le 1<sup>er</sup> 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, au vu des faits pertinents, du point de vue matériel, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard de l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2007, respectivement au 31 décembre 2011, et, après le 1<sup>er</sup> janvier 2012, en fonction des modifications de la LAI, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56ss et 38 al. 2bis LPGA).
5. Le litige porte sur le droit de la recourante à une rente d'invalidité, en particulier sur la question de savoir si son état de santé s'est amélioré, depuis quand et si elle a respecté son obligation de collaborer.

Sur ce point, il convient de préciser que les conclusions de la recourante relative à la prescription de la demande de restitution doivent être écartées d'emblée, dans la mesure où elles s'écartent de l'objet du litige. En effet, la décision querellée ne porte que sur la suppression des prestations et sur le moment où cette suppression prend effet. En l'état, aucune demande de restitution n'a été adressée à la recourante, l'intimé ayant précisé que la demande de restitution ferait l'objet d'une décision séparée.

6. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle :
  - une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA ;

- lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA ;
- si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA) ;
- enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (Arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du

---

degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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 (art. 7 LPGA). (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).

En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA; ATF 130 V 343 consid. 3.4). La détermination du taux d'invalidité ne saurait reposer sur la simple évaluation médico-théorique de la capacité de travail de l'assuré car cela revient à déduire de manière abstraite le degré d'invalidité de l'incapacité de travail, sans tenir compte de l'incidence économique de l'atteinte à la santé (ATF 114 V 281 consid. 1c et 310 consid. 3c; RAMA 1996 n° U 237 p. 36 consid. 3b).

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

9. 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).

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

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du

---

dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; Arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (Arrêt du Tribunal fédéral 9C\_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

10. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

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 464 consid. 4a; ATF 122 III 219 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 de la Constitution fédérale de la Confédération suisse du 18 avril 1999 (RS 101 - 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 90 consid. 4b; ATF 122 V 157 consid. 1d).

11. En l'espèce, la recourante requiert le maintien de son droit à une rente entière d'invalidité. Elle affirme que son état de santé n'a pas évolué. Elle s'appuie sur les rapports et documents émanant des Drs E\_\_\_\_\_, F\_\_\_\_\_, G\_\_\_\_\_, H\_\_\_\_\_, D\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ et conteste la valeur probante de l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_.

Quant à l'intimé, il considère que l'état de santé de la recourante s'est amélioré au point que son degré d'invalidité est nul depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004. Pour parvenir à ces conclusions, il se fonde sur l'expertise du 8 février 2012 rendue par la Dresse I\_\_\_\_\_.

En premier lieu, la chambre de céans constate que le dossier en sa possession contient toutes les informations utiles à l'appréciation du litige. Ainsi, les conclusions de la recourante relatives à la production du dossier que l'intimé avait adressé à la Dresse I\_\_\_\_\_ doivent être rejetées.

Sur le fond du litige, il apparaît que l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_ répond aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante. Elle se fonde sur un entretien avec la recourante et sur l'étude de son dossier médical, contient une anamnèse, énumère les plaintes et les données subjectives et fait état du status clinique. La Dresse I\_\_\_\_\_ a posé des diagnostics clairs et cohérents avec les éléments qui ressortent du dossier, tant sur le plan médical que personnel. Ses conclusions quant à l'état de santé de la recourante sont claires et motivées. Son appréciation du cas permet de comprendre pour quelles raisons aucun diagnostic incapacitant n'est retenu depuis le 1<sup>er</sup> mars 2004.

Selon la recourante, cette expertise est en contradiction avec les rapports et documents médicaux de ses médecins traitants en Suisse et aux Etats-Unis, lesquels devraient primer.

Toutefois, aucun des documents émanant de ces médecins ne saurait conduire la chambre de céans à s'écarter des conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_. La Dresse K\_\_\_\_\_ n'a établi aucun rapport, puisqu'elle ne disposait pas des informations suffisantes pour le faire. S'agissant des Drs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, ne figurent au dossier que des notes d'honoraires qui ne peuvent en aucun cas suffire à déterminer quel est l'état de santé de la recourante ou à remettre en cause les conclusions de l'expertise. Le rapport du Dr G\_\_\_\_\_ du 15 février 2011 est extrêmement bref, ne contient aucun diagnostic, est exclusivement basé sur les plaintes de la recourante et n'établit aucune incapacité de travail. Il est par ailleurs établi que le rapport de 2007 de la Dresse D\_\_\_\_\_ a quant à lui été rédigé sur la base de faits tronqués, qui, s'ils avaient été portés à la connaissance du médecin, l'auraient conduit à poser des diagnostics différents, selon ses propres déclarations du 3 avril 2014. Enfin, les

rapports du Dr H\_\_\_\_\_ ne permettent pas non plus de s'écarter de l'expertise. En effet, ils sont principalement fondés sur les déclarations de la recourante, de sorte qu'ils manquent d'objectivité ; en outre, ils ne contiennent aucune conclusion claire et motivée permettant de comprendre en quoi les diagnostics retenus entraîneraient une incapacité de travail.

Par ailleurs, la recourante soutient en substance que la Dresse I\_\_\_\_\_ serait partielle. Elle en veut pour preuve que sa manière de s'adresser à elle était inadéquate et que les questions posées n'étaient pas pertinentes et étaient en réalité motivées par les ennuis judiciaires de son ancien compagnon.

Nonobstant les déclarations de la recourante, aucun élément au dossier ne permet de rendre vraisemblable, ni même plausible, que la Dresse I\_\_\_\_\_ aurait usé d'un ton ou fait montre d'un comportement inadéquats lors de l'expertise. Quant aux accusations de la recourante relatives à un éventuel manque d'impartialité de l'experte, aucun élément ne vient les étayer. Si la Dresse I\_\_\_\_\_ a eu vent des ennuis judiciaires de l'ancien compagnon de la recourante, force est de constater que ces éléments ne sont pas pertinents et n'ont eu aucune influence sur les conclusions de l'expertise. En effet, la Dresse I\_\_\_\_\_ a intégralement fondé son analyse du cas sur les déclarations de la recourante, son dossier médical et ses propres constatations objectives lors de l'examen, ainsi que sur les nombreuses discordances relevées. On ne saurait reprocher à l'experte ses questions sur la situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle de la recourante, indispensables à l'établissement de l'anamnèse, étant rappelé qu'une anamnèse détaillée fait partie des critères retenus par le Tribunal fédéral pour déterminer si un rapport doit se voir reconnaître une pleine valeur probante.

En dernier lieu, il convient de préciser que les conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_ quant au fait que la recourante a retrouvé une pleine capacité de travail à compter du 1<sup>er</sup> mars 2004 ne constituent pas une nouvelle appréciation du cas par rapport à celle de la Dresse D\_\_\_\_\_ en 2007, ce qui ferait obstacle à une révision du droit à la rente antérieure au 8 mars 2010 : l'analyse de la Dresse I\_\_\_\_\_ repose sur la situation de la recourante en janvier 2012, et, pour la période allant du 1<sup>er</sup> mars 2004 au 31 décembre 2011, sur plusieurs éléments hautement pertinents dissimulés à la Dresse D\_\_\_\_\_ par la recourante. Selon le principe de la vraisemblance prépondérante, ces éléments démontrent que l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis le mois de mars 2004, à tout le moins. En effet, alors que la recourante prétendait vivre recluse chez elle, en proie à de graves troubles anxieux et à une agoraphobie, elle avait en réalité cessé tout suivi médical et toute médication en mars 2004 et voyagé à répétitions reprises à destination des Etats-Unis et en Europe à cette période et ultérieurement.

La chambre de céans n'a dès lors aucun motif de s'écarter des conclusions de la Dresse I\_\_\_\_\_. Ainsi, il apparaît que l'état de santé de la recourante s'est

considérablement amélioré dès le 1<sup>er</sup> mars 2004, au point que la recourante a recouvré la capacité d'exercer une activité à 100%, sans diminution de rendement.

Compte tenu de ces éléments, l'intimé était donc légitimé à supprimer le droit à la rente de la recourante et à lui nier tout droit à des mesures d'ordre professionnel.

Reste à examiner à partir de quel moment l'intimé pouvait modifier le droit aux prestations de la recourante et pour quel motif.

12. a) Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En vertu de l'art. 88a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI ; RS 831.201), la modification du droit à la prestation intervient en principe lorsqu'un changement déterminant du degré d'invalidité a duré trois mois, sans interruption notable.

A teneur de l'art. 31 al. 1 LPGA, l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation.

L'art. 77 RAI précise que l'ayant droit ou son représentant légal, ainsi que toute personne ou autorité à qui la prestation est payée, doit communiquer immédiatement à l'office AI tout changement important qui peut avoir des répercussions sur le droit aux prestations, en particulier les changements qui concernent l'état de santé, la capacité de gain ou de travail, l'impotence ou le besoin de soins découlant de l'invalidité, le lieu de séjour déterminant pour fixer le montant de l'allocation pour impotent, la situation personnelle et éventuellement économique de l'assuré.

L'art. 85 al. 2 RAI prévoit que lorsqu'il s'avère qu'une prestation doit être diminuée ou supprimée à la suite d'un nouvel examen de l'invalidité de l'assuré, cette modification ne prend effet qu'à partir du mois qui suit la nouvelle décision. Pour les rentes, les allocations pour impotent et les contributions d'assistance, l'art. 88bis, al. 2, est applicable.

En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un

moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77 (let. b).

b) D'après l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée. Les traitements et les mesures de réadaptation qui présentent un danger pour la vie ou pour la santé ne peuvent être exigés.

Selon l'art. 28 LPGA, les assurées et les employeurs doivent collaborer gratuitement à l'exécution des différentes lois sur les assurances sociales (al. 1). Celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues (al. 2).

En outre, l'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA).

Enfin, aux termes de l'art. 7b LAI, entré en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008, les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21 al. 4 LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 LAI ou à l'art. 43 al. 2 LPGA (al. 1). En dérogation à l'art. 21 al. 4 LPGA, les prestations peuvent être réduites ou refusées sans mise en demeure et sans délai de réflexion si l'assuré ne s'est pas annoncé sans délai à l'assurance-invalidité malgré l'injonction donnée par l'office AI en vertu de l'art. 3c al. 6, et que cette omission a prolongé ou aggravé l'incapacité de travail ou l'invalidité (let. a), s'il a manqué à son obligation de communiquer au sens de l'art. 31 al. 1er LPGA (let. b), s'il a obtenu ou tenté d'obtenir indûment des prestations de l'assurance-invalidité (let. c) ou s'il ne communique pas à un office AI les renseignements dont celui-ci a besoin pour remplir les tâches qui lui sont assignées par la loi (let. d) (al. 2). La décision de réduire ou de refuser des prestations doit tenir compte de toutes les circonstances du cas d'espèce, en particulier du degré de la faute et de la situation financière de l'assuré (al. 3). En dérogation à l'art. 21 al. 1<sup>er</sup> LPGA, les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne peuvent être ni refusées, ni réduites (al. 4).

- 
13. En l'espèce, dans la décision querellée et au cours de la procédure contentieuse, l'intimé a justifié la suppression du droit à la rente avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2004 par le « non-respect de l'obligation de renseigner ». En tout état de cause, l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_ démontrait une amélioration de l'état de santé de la recourante justifiant la suppression de toute rente dès le 1<sup>er</sup> mars 2004. L'intimé a notamment appliqué à la recourante l'art. 7b al. 2 LAI pour lui refuser ses prestations.

Quant à la recourante, elle conteste toute violation de son obligation de renseigner.

A titre liminaire, il convient de relever que l'intimé ne saurait appliquer l'art. 7b al. 2 LAI à la suppression d'une rente avec effet au 1<sup>er</sup> mars 2004, dans la mesure où cette disposition est entrée en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2008 et où une application rétroactive de cette norme n'a pas été prévue par les dispositions transitoires de la modification de la LAI du 6 octobre 2006 (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_961/2008 du 30 novembre 2008 consid. 5). En outre, à la lecture de la décision querellée et des écritures déposées devant la chambre de céans par l'intimé, il apparaît que ce dernier confond en partie la possibilité de refuser des prestations à un assuré en raison de la violation des obligations prévues aux art. 7 LAI ou 43 al. 3 LPGA avec le moment où la suppression d'une rente prend effet dans le cadre d'une révision du droit à la rente (art. 88bis al. 2 RAI). Cela ne porte toutefois pas à conséquence sur le fond, eu égard à ce qui suit.

Contrairement à ce que soutient la recourante, la procédure et les pièces du dossier mettent en lumière les nombreuses difficultés que l'intimé a rencontrées pour mener à bien l'instruction du dossier et collecter les informations nécessaires à la prise de la décision querellée. En effet, les réponses apportées par la recourante sur sa situation personnelle, ses relations familiales, son pays de résidence, la création et les activités de M\_\_\_\_\_ LLC, la fréquence de ses voyages et son état de santé ont été volontairement évasives, peu convaincantes et souvent contradictoires, voire éludées. De plus, les séjours prolongés et répétés de la recourante aux Etats-Unis et en France ont considérablement ralenti la procédure d'instruction et notamment rendu impossibles la tenue d'un entretien dans les bureaux de l'intimé, la mise sur pied d'une enquête ménagère ou encore la comparution personnelle de la recourante, pourtant ordonnée par la chambre de céans.

Toutefois, la question du respect de l'obligation de renseigner par la recourante dans le cadre de la procédure de révision de son droit à la rente initiée en 2010 peut demeurer ouverte, compte tenu des conclusions de l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_.

En effet, n'est pertinent en l'espèce que le fait de savoir si et quand la recourante a violé son obligation de communiquer immédiatement à l'intimé tout changement important pouvant avoir des répercussions sur son droit aux prestations (art. 77 RAI).

En l'occurrence, il est acquis que l'état de santé et la capacité de travail de la recourante se sont considérablement améliorés dès mars 2004. Depuis lors, la recourante doit être considérée comme apte à travailler à 100% dans toute activité et sans diminution de rendement. Cependant, à aucun moment, la recourante n'a avisé l'intimé de cette situation, bien au contraire. Dès mars 2004, elle a cessé tout suivi psychiatrique et toute prise de médicament en lien avec son état psychique et a voyagé fréquemment aux Etats-Unis, en France et en Italie. Ces éléments n'ont pas été portés à la connaissance de l'intimé. En outre, lors de la révision du droit à la rente, en 2006 et 2007, la recourante a volontairement caché à la Dresse D\_\_\_\_\_ des informations importantes, ce qui a eu pour conséquence de fausser l'évaluation de son état de santé et de conduire l'intimé à maintenir son droit à la rente.

Par conséquent, l'intimé était en droit de nier rétroactivement au 1<sup>er</sup> mars 2004 le droit à la rente de la recourante (art. 88bis al. let. b RAI) puisque c'est à cette date que la rente a cessé de correspondre à ses droits et que l'intéressée aurait dû faire part à l'intimé de l'amélioration de son état de santé.

14. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.

Etant donné que depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**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 SECHAUD

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