

GE_GERICHTE ATAS/1045/2017 vom 21. November 2017

GE Cour de justice, 2017-11-21, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1045_2017

FR: GE_GERICHTE ATAS/1045/2017 du 21 novembre 2017

IT: GE_GERICHTE ATAS/1045/2017 del 21 novembre 2017

Erwägungen

E. 1

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

E. 2

À 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).

E. 3

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision), du 6 octobre 2006 (5ème révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1er janvier 2004, respectivement, le 1er janvier 2008 et le 1er 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

A/227/2017 - 24/39 - s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 2 décembre 2016 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4ème, 5ème et 6ème révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références ; voir également ATF 130 V 329).

E. 4

Le recours a été interjeté en temps utile, compte tenu de la suspension du délai du 18 décembre au 2 janvier inclusivement (art. 38 al. 4 let. c et 60 LPGA). Il respecte les

conditions de forme et de contenu prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA- E 5 10).

E. 5

Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente entière d'invalidité de la recourante, singulièrement sur la question de savoir si l'état de santé de l'intéressée s'est amélioré depuis le dernier examen matériel par l'intimé du droit à la rente d'invalidité de la recourante.

E. 6

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 1er janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 19 juin 1959, 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 141 V 9 consid. 2.3). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3 ; 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

A/227/2017 - 25/39 - 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2). Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4). Une communication rendue par l'administration, lorsqu'elle s'est contentée de recueillir l'avis du médecin traitant, ne peut se voir conférer la valeur d'une base de comparaison déterminante dans le temps (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C_910/2010 du 7 juillet 2011 consid. 3.2). En revanche, une communication reposant sur une expertise et une constatation des faits pertinents d'ordre médical et leur incidence sur la capacité de gain de l'assuré a été considérée comme une base de

comparaison déterminante (arrêt du Tribunal fédéral 9C_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4).

E. 7

Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1er janvier 2008). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

E. 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

A/227/2017 - 26/39 - objectivement que possible (ATF 102 V 165 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. À 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).

E. 9

a. La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant légitimement sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3). Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés. En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel

diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (ATF 141 V 281 consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). b. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement

A/227/2017 - 27/39 - exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352).

Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. Ces indicateurs sont classés comme suit : I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle » Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (ATF 141 V 281 consid. 4.3). A. Axe « atteinte à la santé » 1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1). 2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé *lege artis* sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une

atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. À

A/227/2017 - 28/39 - l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2). 3. Comorbidités La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010 consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011 consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (ATF 141 V 281 consid. 4.3.1.3). B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles) Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2). C. Axe « contexte social » Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence » Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A/227/2017 - 29/39 - A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1). B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation La prise en compte

d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséurologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitabile) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2). Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

E. 10

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2). 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.

A/227/2017 - 30/39 - 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 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 134 V 231 consid. 5.1 ; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3 ; 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 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.244/05 du 3 mai 2006 consid. 2.1). 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. À 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 des assurances 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).

E. 11

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

A/227/2017 - 31/39 - 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).

E. 12

Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a ; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4 ; SVR 2010 IV n. 49 p. 151 consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3). Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière

de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (ATF 141 V 281 consid. 8). Lorsqu'une expertise ne permet pas une appréciation concluante du cas à l'aune des indicateurs déterminants développés par la nouvelle jurisprudence en lien avec les troubles somatoformes douloureux et d'autres syndromes somatiques dont l'étiologie est incertaine, un renvoi à l'administration pour instruction complémentaire et nouvelle décision est possible (arrêt du Tribunal fédéral 8C_219/2015 du 12 octobre 2015 consid. 5.4).

E. 13

a. En l'espèce, la décision du 21 janvier 2003 par laquelle l'intimé a accordé à la recourante une rente entière d'invalidité était basée sur le rapport d'expertise de la

A/227/2017 - 32/39 - Dresse F_____ du 26 septembre 2002 et les rapports de la Dresse B_____ des 20 et 23 août 2001 et 10 juin 2002, documents selon lesquels l'incapacité de travail était totale en raison d'un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, d'une fibromyalgie, de céphalées et d'une hépatite C. Lors de la procédure de révision de 2008, l'intimé a maintenu le droit à la rente entière en se fondant sur le rapport de la Dresse S_____ du 7 août 2008 confirmant les diagnostics précités et en y ajoutant ceux de syndrome des jambes sans repos et de syndrome de haute résistance des voies aériennes. La communication du 23 septembre 2008 a été rendue par l'intimé sans instruction approfondie malgré la révélation de nouvelles atteintes, de sorte qu'il convient de comparer la situation qui prévalait lors du prononcé de la décision du 21 janvier 2003 avec celle existant au moment de la décision dont est recours. b. Dans sa décision du 2 décembre 2016, l'intimé a considéré, sur la base des conclusions du rapport d'expertise de la Clinique Corela, que l'état de santé de la recourante s'était sensiblement modifié puisque les atteintes à la santé retenues, tant sur le plan psychique que somatique, n'engendraient aucune répercussion sur sa capacité de travail, désormais entière. c. L'intimé a eu l'occasion de se déterminer sur le recours. S'il a réservé ses conclusions, il a joint à son écriture l'avis du SMR, manifestement en s'y ralliant. Le dossier est suffisamment complet pour qu'il soit statué sur le fond.

E. 14

Étant donné que les experts ont retenu le diagnostic de fibromyalgie, mais exclu toute répercussion de ladite atteinte sur la capacité de travail de la recourante, il sied de déterminer au préalable quels critères jurisprudentiels doivent être appliqués. Si une nouvelle jurisprudence ne constitue ni un motif de révision, ni un motif de reconsidération, et qu'elle ne vaut que pour les cas futurs, il importe en revanche de souligner qu'elle s'applique pour les affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement de jurisprudence (ATF 108 V 3), de sorte que la modification à laquelle a procédé le Tribunal fédéral dans son arrêt du 3 juin 2015 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige. En l'occurrence, les experts ont pris position quant aux anciens critères jurisprudentiels. Leur évaluation ne peut cependant pas être suivie au regard de la nouvelle jurisprudence, parce que l'expertise ne permet pas une appréciation de l'état de santé de la recourante à la lumière des exigences relatives au diagnostic et des indicateurs déterminants. Pour ce motif déjà, un renvoi à l'intimé pour instruction complémentaire et

nouvelle décision est justifié.

E. 15

De surcroît, la chambre de céans constate que des investigations supplémentaires s'avèrent également nécessaires puisqu'une échographie de l'épaule droite réalisée le 10 juin 2016 a mis en exergue une tendinopathie du tendon supra-spinatus, une

A/227/2017 - 33/39 - déchirure de la moitié bursale du tendon, une petite calcification, une bursite sous acromiale réactionnelle et un épanchement dans l'articulation gléno-humérale. Or, les experts de la Clinique Corela n'ont pas constaté d'atteinte au niveau de cette articulation, ne relevant qu'une palpation et une mobilisation des deux épaules douloureuses, de sorte que les pathologies semblent s'être manifestées après l'examen des experts, mais antérieurement à la décision du 2 décembre 2016.

E. 16

Qui plus est, le rapport d'expertise du 14 juin 2016 est critiquable à de nombreux égards. a. Tout d'abord, la chambre de céans relèvera que les experts ne se sont pas déterminés en pleine connaissance du dossier de la recourante. À titre d'exemple, la Dresse B_____ a indiqué, dans son rapport du 10 juin 2002, que sa patiente suivait une psychothérapie, mais aucun document relatif à un tel suivi ne figure au dossier de l'intimé. De même, la Dresse G_____ a signalé de nouveaux diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail en 2008, soit un syndrome des jambes sans repos et un syndrome de haute résistance des voies aériennes, ainsi que plusieurs troubles sans incidence sur ladite capacité, dont une scoliose cervicale avec des discopathies, une ostéophytose et un canal cervical étroit, mais on ignore si des consultations spécialisées et des radiographies ont été réalisées. Il est également constaté que, contrairement à ce qui est indiqué dans le rapport d'expertise, les dégénérescences du rachis cervical, les dégénérescences discales et la scoliose lombaire n'étaient pas connues à l'époque de la première décision puisque le seul trouble alors évoqué en lien avec les lombalgies était la fibromyalgie. La Dresse G_____ a également précisé que la recourante avait précédemment été suivie par le « Dr H_____ », mais aucun renseignement n'a été sollicité auprès de ce médecin. Concernant les traitements entrepris en lien avec la fibromyalgie, les experts ont indiqué que la régularité des séances de balnéothérapie n'était pas documentée, que les pièces communiquées ne leur permettaient pas de prendre position sur la compliance au traitement médicamenteux prescrit par le passé, que les déclarations de la recourante avaient varié sur le traitement en cours au moment de l'expertise. Ils n'ont cependant pas cherché à obtenir des précisions de la part des médecins traitants. Sur le plan psychique, les experts ont indiqué que le traitement antidépresseur prescrit par le Dr O_____ était administré à des posologies faibles, sans interroger le psychiatre traitant sur les raisons de cette médication. Il ressort également du rapport d'expertise que la recourante aurait été hospitalisée pendant deux semaines suite au décès de son compagnon au printemps 2015, puis suivie par le Centre ambulatoire de psychiatrie et psychothérapie intégrée, mais aucune information n'a été sollicitée auprès de ces institutions. b. De plus, il est observé que les experts ont systématiquement remis en cause les déclarations de la recourante, estimant que cette dernière exagérait ses plaintes. Les arguments pour dénier toute crédibilité à la recourante ne paraissent cependant pas justifiés.

A/227/2017 - 34/39 - Concernant les dégénérescences cervicales et discales, les médecins de la Clinique Corela ont considéré que la recourante majorait ses symptômes car les

constats d'imagerie et l'examen clinique au niveau du rachis ne permettaient d'expliquer l'intensité des douleurs, les lésions objectives étaient banales pour l'âge, l'intéressée répondait de façon systématique à tous les items et n'était pas alitée, contrairement à ce que suggérait l'interprétation des résultats de certains tests. Il est toutefois rappelé que les experts ont confirmé le diagnostic de fibromyalgie, atteinte caractérisée par des douleurs persistantes et intenses, localisées surtout au niveau de la colonne cervicale, dorsale et lombaire, ainsi que par l'absence de toute anomalie biologique, radiologique ou histologique détectable. Se référer aux données radiologiques pour conclure à une amplification des symptômes n'est donc pas satisfaisant en l'occurrence et les experts auraient dû expliquer les raisons pour lesquelles les douleurs alléguées ne pouvaient pas être imputées à cette affection. De même, s'agissant des membres inférieurs, les experts ont noté à plusieurs reprises des « discordances » puisque l'arthroplastie de 2012 aurait dû faire disparaître les symptomatologies relatées par la recourante. Bien qu'ils aient relevé que les plaintes pouvaient référer au contexte de fibromyalgie ou d'une éventuelle affection psychiatrique, ils ont douté de la sincérité de la recourante. Au niveau psychiatrique, les experts ont à nouveau jugé les déclarations de la recourante comme peu plausibles. Ils ont qualifié son discours d'extrêmement théâtralisé, dramatisé et plaintif, son attitude de prostrée et sa collaboration de faible. Ils ont clairement remis en cause l'authenticité des paroles de la recourante et lui ont reproché un discours lacunaire et peu précis alors qu'elle mentionnait des trous de mémoire. Ces considérations ne permettent toutefois pas d'ôter tout crédit aux affirmations de la recourante et il est en particulier rappelé que plusieurs médecins, dont les Drs B_____, F_____ et J_____, ont signalé des troubles de la concentration et de la mémoire. Les experts ont considéré qu'aucun retentissement des plaintes ne pouvait être retenu au vu du flou du discours et des divergences dans les déclarations de la recourante. Cette dernière avait par exemple affirmé être couchée toute la journée et à un autre moment recevoir des amis ou leur rendre visite. Ces allégations ne paraissent pas, de prime abord, diamétralement contradictoires, la recourante pouvant rester allongée lorsqu'elle est chez elle, comme elle l'a mentionné au sujet d'une journée type, et sortir ou recevoir, étant souligné que les experts n'ont pas précisé la fréquence de ces contacts. c. En outre, les constatations et conclusions des experts sur le plan psychiatrique sont en totale opposition avec les avis de la Dresse F_____, mandatée par l'intimé pour effectuer la première expertise en 2002, et des médecins traitants de la recourante, singulièrement son psychiatre. La Dresse F_____ a retenu un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et le Dr O_____ un trouble dépressif récurrent, diagnostics écartés par l'expert psychiatre au profit de celui de simples « autres réactions à un facteur de stress sévère », aux motifs que la symptomatologie dépressive sévère suggérée par

A/227/2017 - 35/39 - le score au questionnaire de Beck n'était pas corroborée par le tableau clinique, que les critères diagnostiques n'étaient pas remplis, qu'aucun épisode dépressif bien défini dans le temps ou ayant conduit à un traitement durable et significatif n'était retrouvé. Ces arguments ne convainquent pas. En effet, le critère diagnostique relatif à la tristesse a été nié en dépit des déclarations de la recourante, laquelle a pleuré pendant la plus grande partie de l'anamnèse, et alors même que l'expert a relevé que la présentation clinique pouvait « a priori » traduire une tristesse pathologique. Il a toutefois jugé l'intéressée « larmoyante » et théâtrale, utilisant un ton « extraordinairement » dramatisant, et considéré que l'humeur était surtout altérée par le décès relativement récent du compagnon. Or, de nombreux rapports attestent d'une symptomatologie dépressive présente de longue date, notamment ceux de la Dresse B_____ qui a constaté un état dépressif

chronique depuis le début de son suivi en 1991 et celui de la Dresse F_____ qui a retenu un état dépressif très ancien en lien avec le décès de la mère de la recourante. De même, le Dr O_____ qui suit la recourante depuis plus de quatre ans a fait état d'une tristesse, d'un sentiment de désespoir et d'un pessimisme. S'agissant de la diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir, l'expert a estimé qu'elle était influencée par le décès récent du compagnon et non significative, malgré les plaintes de la recourante. Il a relevé que l'intéressée voyait ses amis, discutait avec sa voisine et avec sa sœur par Internet, se rendait au cimetière, se baladait, lisait les journaux, regardait la télévision et était même allée au restaurant récemment. Ces arguments sont insuffisants pour tirer des conclusions péremptoires, étant relevé que l'expert a également noté que la recourante disait n'avoir goût à rien, se sentir effondrée dès qu'elle rentrait chez elle, préférer rester à l'extérieur car elle avait trop de souvenirs chez elle avec son compagnon, ou encore rester couchée une grande partie de la journée. Elle a également mentionné qu'elle se sentait déprimée déjà avant le décès de son partenaire. Par ailleurs, le Dr O_____, lequel suit régulièrement la recourante depuis de nombreuses années, a signalé un retrait social, un sentiment d'échec existentiel et une solitude. Quant à la fatigue et aux troubles du sommeil, l'expert a retenu que les plaintes étaient difficiles à contrôler, qu'il existait des discordances entre les doléances et les activités au quotidien, un manque de compliance au traitement au coucher dont la posologie était « vraisemblablement à visée hypnotique ». Son appréciation fait fi du fait qu'une fatigue chronique et des troubles du sommeil sont fréquemment associés au diagnostic de fibromyalgie, mais également au syndrome des jambes sans repos, lequel a été évoqué en 2008 sans par la suite avoir été repris. L'asthénie fait également partie des symptômes habituels en cas d'hépatite C ou dans le cadre de la maladie de Biermer. Une importante fatigue a d'ailleurs été retenue par la plupart des médecins qui ont suivi ou suivent la recourante, dont les Dresses B_____ et G_____, et les Drs O_____, D_____ et C_____. En outre, concernant le manque de compliance, l'expert n'a pas pris la peine d'obtenir une confirmation de la part du médecin prescripteur quant à ses déductions. L'expert a réfuté toute difficulté de

A/227/2017 - 36/39 - concentration car il n'en avait pas objectivé lors de son examen et car la recourante regardait la télévision, Internet et lisait. Ces arguments sont impropres à remettre en cause les constatations concordantes des autres médecins. L'expert a mis en doute l'existence de tentatives de suicide compte tenu d'un discours jugé extrêmement dramatisé et théâtralisé, et conclu à l'absence de pensées de mort récurrentes dès lors que la recourante déclarait ne pas se souvenir des circonstances de ses tentatives de suicide. Il a également invoqué que les idéations suicidaires rapportées par le Dr O_____ n'étaient pas scénarisées. Ces explications ne sauraient en aucun cas remettre en cause les idées suicidaires relevées à répétition reprises depuis 1993 et l'expert aurait dû s'entourer de renseignements supplémentaires. En outre, le Dr O_____ a affirmé que le risque de passage à l'acte était réel, constant et élevé, et que les ruminations suicidaires n'avaient jamais été aussi graves. Ce médecin a par ailleurs évoqué un rapport qui aurait été établi par le Département de psychiatrie des HUG en juillet 2015 et la recourante a affirmé avoir fait un tentamen en mai 2015, s'être réveillée dans l'ambulance et avoir été hospitalisée durant deux semaines. Il est incompréhensible que les experts aient écarté toute idéation suicidaire sans même avoir sollicité des rapports de la part des HUG. Enfin, on relèvera que les experts ont remis en cause les diagnostics retenus par la Dresse F_____ en 2002, contestant l'existence d'épisodes dépressifs passés. Ils ont notamment souligné ne pas avoir retrouvé un tel épisode bien défini dans le temps et ayant conduit à un traitement durable et

significatif. Certes, plusieurs pièces attestent du refus de la recourante de se soumettre à un suivi psychiatrique régulier, dont les rapports de la Dresse B_____ de 2001 et de la Dresse G_____ de 2008, mais ces médecins ont également fait état de la mise en place d'un soutien psychothérapeutique. Or, aucun compte-rendu relatif à une telle thérapie ne figure au dossier. Enfin, il ressort des rapports du Dr O_____ que ce dernier suit régulièrement la recourante depuis plus de quatre ans, de sorte que l'existence d'un traitement durable ne peut être niée. d. Enfin, les experts ont présenté des tableaux en lien avec chaque atteinte à la santé, ainsi que leur répercussion sur la capacité de travail dans le dernier emploi occupé et dans une activité adaptée, mais n'ont pas développé d'argumentation détaillée quant aux éventuelles interférences entre les différentes pathologies. À titre d'exemple, ils ont exposé que les atteintes en médecine interne, soit l'hépatite C et la maladie de Biermer associée à une thalassémie mineure, ne pouvaient pas expliquer les douleurs musculaires et l'atteinte décrite par la recourante. Ils n'ont en revanche pas expliqué pour quelle raison l'ensemble de toutes les maladies ne pouvait pas expliquer l'intensité des douleurs et l'asthénie, étant rappelé que l'hépatite C est connue pour engendrer une asthénie modérée, que la maladie de Biermer engendre également une fatigue et cause des douleurs abdominales, que la fibromyalgie est caractérisée par d'intenses douleurs, une importante fatigue ainsi que des troubles du sommeil. C'est encore le lieu de rappeler à nouveau qu'un syndrome des jambes sans repos et un syndrome de haute résistance des voies aériennes, lesquels entraînent des répercussions sur la qualité

A/227/2017 - 37/39 - du sommeil, ont été diagnostiqués en 2008, mais que les pièces produites dans le cadre de la présente procédure ne permettent de savoir si des consultations spécialisées ont été réalisées et si ces atteintes ont par la suite été écartées ou simplement ignorées. e. Concernant l'évolution de la situation depuis la décision initiale, les arguments des experts qui concluent à une amélioration du contexte social sont discutables. En effet, contrairement à ce qui est mentionné dans le rapport de la Clinique Corela, la recourante ne venait pas de contracter une hépatite C au moment de la décision du

E. 21

La recourante, représentée par un conseil, obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui est octroyée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPG; 89H al. 1 LPA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de CHF 200.- sera mis à la charge de l'intimé.

A/227/2017 - 39/39 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.