

GE_GERICHTE ATAS/42/2018 vom 22. Januar 2018

GE Cour de justice, 2018-01-22, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_42_2018

FR: GE_GERICHTE ATAS/42/2018 du 22 janvier 2018

IT: GE_GERICHTE ATAS/42/2018 del 22 gennaio 2018

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

La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable.

E. 3

Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 89B de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 – LPA ; RS/GE E 5 10).

E. 4

L'objet du litige dans la procédure administrative subséquente est le rapport juridique qui – dans le cadre de l'objet de la contestation déterminé par la décision – constitue, d'après les conclusions du recours, l'objet de la décision effectivement attaqué. D'après cette définition, l'objet de la contestation et l'objet du litige sont identiques lorsque la décision administrative est attaquée dans son ensemble. En revanche, lorsque le recours ne porte que sur une partie des rapports juridiques déterminés par la décision, les rapports juridiques non contestés sont certes compris dans l'objet de la contestation, mais non pas dans l'objet du litige (ATF 125 V 414 consid. 1b et 2 et les références citées). En outre, dans la procédure juridictionnelle administrative, ne peuvent être examinés et jugés, en principe, que les rapports juridiques à propos desquels l'autorité administrative compétente s'est prononcée préalablement d'une manière qui la lie, sous la forme d'une décision. Dans cette mesure, la décision détermine l'objet de la contestation qui peut être déféré en justice par voie de recours. En revanche, dans la mesure où aucune décision n'a été rendue, la contestation n'a pas d'objet, et un jugement sur le fond ne peut pas être prononcé (ATF 131 V 164 consid. 2.1 ; ATF 125 V 414 consid. 1a ; ATF 119 Ib 36 consid. 1b et les références citées).

A/4040/2016 - 9/17 - En l'espèce, au vu de la décision attaquée et du recours, le litige porte uniquement sur la question de savoir si, dans le cadre de la demande de révision déposée par l'assurée, son degré d'invalidité a augmenté dans une mesure justifiant l'augmentation de la demi-rente dont elle bénéficie. Le droit de l'assurée à d'autres prestations de l'assurance-invalidité, singulièrement à des mesures d'ordre professionnel, n'est en

revanche pas litigieux devant la chambre de céans, faute de décision rendue par l'intimé à cet égard.

E. 5

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). 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).

E. 6

L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail (art. 6 LPGA) d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide (art. 8 LPGA) à 40% au moins (cf. art. 28 al. 1 let. b et c LAI, en sa teneur en vigueur dès le 1er janvier 2008 – 5ème révision AI). 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.

A/4040/2016 - 10/17 -

E. 7

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. 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). Selon l'art. 87 du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), lorsqu'une demande de

révision est déposée, celle-ci doit établir de façon plausible que l'invalidité, l'impotence ou l'étendue du besoin de soins ou du besoin d'aide découlant de l'invalidité de l'assuré s'est modifiée de manière à influencer ses droits (al. 2). Lorsqu'un assuré est déjà au bénéfice d'une rente, sa demande doit être qualifiée de demande de révision et non de nouvelle demande (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 142/06 du 25 octobre 2006 consid. 3.1). Cela étant, la distinction opérée est avant tout théorique dès lors que l'alinéa 3 de l'art. 87 RAI renvoie aux conditions de l'alinéa 2 de cette même disposition et que la jurisprudence applique par analogie les principes développés en matière de nouvelle demande à l'entrée en matière sur la demande de révision (Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force, RSAS 2003, p. 392 ch. 2.2 et les références citées). Dans un cas comme dans l'autre, les conditions d'entrée en matière prévues par l'art. 87 al. 2 et 3 RAI (qui reprend pour l'essentiel l'art. 87 al. 3 et 4 RAI en vigueur jusqu'au 31 décembre 2011) ont pour but de restreindre la possibilité de présenter de manière répétée des demandes de rente identiques (ATF 133 V 108 consid. 2b). Lorsqu'elle est saisie d'une nouvelle demande, l'administration doit commencer par examiner si les allégations de l'assuré sont, d'une manière générale, plausibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrée en matière. À cet égard, l'administration se montrera d'autant plus exigeante pour apprécier le caractère plausible des allégations de l'assuré que le laps de temps qui s'est écoulé depuis sa décision antérieure est bref. Elle jouit sur ce point d'un certain pouvoir d'appréciation que le juge doit en principe respecter. Ainsi, le juge ne doit examiner comment l'administration a tranché la question de l'entrée en matière que lorsque ce point est litigieux, c'est-à-dire quand l'administration a refusé d'entrer en matière en se fondant sur l'art. 87 al. 4 RAI et que l'assuré a interjeté recours pour ce motif. Ce contrôle par l'autorité judiciaire n'est en revanche pas nécessaire lorsque l'administration est entrée en matière sur la nouvelle demande (ATF 109 V 108 consid. 2b). Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations, elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects

A/4040/2016 - 11/17 - médicaux et juridiques - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue (arrêt Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4). Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 117 V 198 consid. 3a, 109 V 114 consid. 2a et b).

E. 8

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 ; 130 V 343 consid. 3.5.2). Une communication de prolongation de la rente (art. 74ter let. f RAI) peut être assimilée à la dernière décision entrée en force, à condition qu'elle repose sur un examen matériel du droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C_46/2009 du 14 août 2009 consid. 3.1). 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. 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 peut être considérée comme une base de comparaison déterminante (arrêts du Tribunal fédéral 9C_76/2011 du 24 août 2011 consid. 5.1 et 9C_123/2011 du 7 novembre 2011 consid. 4).

E. 9

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 LPG), 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

A/4040/2016 - 12/17 - 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. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 RAI) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). Cela étant, on ne peut se fonder sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux. Il faut en particulier qu'elle prenne en compte l'anamnèse, décrive la situation médicale et ses conséquences, et que ses conclusions soient motivées. Les

médecins du SMR doivent également disposer des qualifications personnelles et professionnelles requises par le cas (ATF 125 V 351 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_323/2009 consid. 4.3.1 et les références citées). Il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). 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).

E. 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

A/4040/2016 - 13/17 - 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). Selon la jurisprudence (DTA 2001 p. 169), le juge cantonal qui estime que les faits ne sont pas suffisamment élucidés a en principe le choix entre deux solutions : soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire. Un renvoi à l'administration, lorsqu'il a pour but d'établir l'état de fait, ne viole ni le principe de simplicité et de rapidité de la procédure, ni la maxime inquisitoire. Il en va cependant autrement quand un renvoi constitue en soi un déni de justice (par exemple, lorsque, en raison des circonstances, seule une expertise judiciaire ou une autre mesure probatoire judiciaire serait propre à établir l'état de fait), ou si un renvoi apparaît disproportionné dans le cas particulier (RAMA 1993 n° U 170 p. 136). À l'inverse, le renvoi à l'administration apparaît en général justifié si celle-ci a constaté les faits de façon sommaire, dans l'idée que le tribunal les éclaircirait comme il convient en cas de recours (voir RAMA 1986 n° K 665 p. 87). La récente jurisprudence du Tribunal fédéral prévoyant que la Cour ordonne une expertise au besoin ne saurait en effet permettre à l'assurance de se soustraire à son obligation d'instruire (ATF 137 V 210 ; ATAS/588/2013 du 11 juin 2013).

E. 11

En l'espèce, sur la base des rapports recueillis dans le cadre de la procédure de révision et de l'avis du SMR, l'intimé a considéré dans la décision attaquée qu'il ne pouvait « pas admettre l'existence d'une aggravation notable de [l']état de santé [de l'assurée] ». D'emblée, il convient de relever que cette conclusion porte sur l'existence – en soi – de l'aggravation de l'état de santé invoquée par l'assurée et non sur sa plausibilité, de sorte que l'intimé est entré en matière sur le fond du litige en rejetant la demande de révision (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2017 du 14 juin 2017 consid. 3.3). Cette conclusion s'impose d'autant plus que la décision attaquée, intitulée « refus d'augmentation de la rente

d'invalidité », ne fait nullement mention d'un quelconque refus d'entrer en matière.

E. 12

a. Comme cela a été précédemment exposé (cf. supra consid. 7), lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande, elle doit en instruire les aspects médicaux et juridiques et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue. Afin de déterminer si, du fait d'une aggravation de l'état de santé, le degré d'invalidité de la recourante s'était modifié, il appartenait en l'occurrence à l'OAI de comparer les faits tels qu'ils existaient lors de la communication du 11 juillet 2008 avec ceux qui prévalaient lors de la décision querellée. C'est le lieu de relever que la

A/4040/2016 - 14/17 - communication du 11 juillet 2008 doit être assimilée à la dernière décision entrée en force, dès lors qu'elle reposait sur un examen matériel du droit à la rente. En effet, dans le cadre de la procédure de révision initiée d'office en 2007, l'administration avait suivi les conclusions de l'expertise psychiatrique qu'elle avait ordonnée, laquelle concluait à une capacité de travail de 50% dans une activité adaptée. L'administration avait par ailleurs actualisé le statut de l'assurée, en lui reconnaissant un statut d'active plutôt qu'un statut mixte, comme elle l'avait retenu jusqu'alors. b. Pour décider du maintien de la demi-rente en juillet 2008, l'administration s'était fondée, comme déjà exposé, sur l'expertise psychiatrique réalisée par les Drs D_____ et E_____. Après avoir posé les diagnostics de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'héroïne avec syndrome de dépendance (actuellement abstinente), de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de cannabis avec syndrome de dépendance (utilisation continue), ainsi que de personnalité émotionnellement labile de type borderline, les experts avaient évalué la capacité de travail de l'assurée à 50% dans une activité répétitive, lui permettant de sortir occasionnellement, sans travaux en équipe ni supervision directe par un supérieur. Ils relataient que l'intéressée, ayant souffert de violences sexuelles durant l'enfance, présentait un trouble de la personnalité de type borderline et une dépendance au cannabis, secondaire à son trouble de la personnalité. Elle avait pu reprendre une activité professionnelle à temps partiel dans un kiosque, mais son trouble de la personnalité, son anxiété fluctuante, son humeur et son impulsivité ne permettaient pas, selon les experts, un taux d'activité supérieur à 50%. c. Dans la demande de révision qu'elle a déposée en mai 2015, l'assurée a invoqué une aggravation de son état de santé depuis le mois de juillet 2014 en relation avec une côte cervicale surnuméraire du côté droit, accompagnée de douleurs neurogènes et de blocages du membre supérieur droit. À l'appui de sa demande, elle a produit divers rapports émanant des Drs F_____, G_____, H_____ ainsi que de sa psychothérapeute. Ces documents relataient que la côte surnuméraire entraînait une gêne presque quotidienne, handicapante dans la vie de tous les jours, avec des douleurs locales et des engourdissements neurologiques. L'assurée était entravée dans ses mouvements de l'épaule, en particulier vers le haut. Une intervention chirurgicale était envisagée mais comportait des risques significatifs (cf. rapport du Dr F_____ du 12 novembre 2014 ; rapports des G_____ et H_____ des 4 février et 29 juin 2015). Selon sa psychothérapeute, l'intéressée souffrait également de troubles du sommeil liés à sa côte surnuméraire et paraissait inapte à assumer une activité rémunérée (cf. rapport de Mme I_____ du 16 juillet 2015). À la demande de l'intimé, les Drs B_____ et G_____ ont complété deux rapports complémentaires en janvier et février 2016. La Dresse B_____ a conclu à une capacité de travail nulle dans l'activité de serveuse, mais sans se prononcer sur

la

A/4040/2016 - 15/17 - capacité de travail dans une activité adaptée. Quant au Dr G_____, il s'est borné à répondre que la côte surnuméraire cervicale ne « devrait » pas entraîner d'incapacité de travail (cf. rapports des 12 janvier et 8 février 2016). Finalement, dans un bref rapport de synthèse daté du 25 août 2016, le SMR a extrapolé des rapports versés au dossier que l'intéressée n'était plus en mesure d'exercer son activité de serveuse depuis août 2014, mais qu'elle demeurerait capable d'exercer une activité adaptée à 50%, moyennant le respect de diverses limitations fonctionnelles relatives aux mouvements répétés du membre supérieur droit, aux mouvements au-dessus de l'horizontale et au port de charges.

d. Contrairement à ce qu'a retenu l'intimé dans la décision attaquée, il résulte des documents produits à l'appui de la demande de révision que l'état de santé de l'assurée s'est bel et bien aggravé depuis la communication de 2008. En effet, il ressort de l'expertise réalisée en 2008 que sa capacité de travail n'était alors entravée que par des troubles psychiques. Ce n'est qu'à partir de 2014 qu'elle a souffert de troubles d'ordre somatique – côte cervicale surnuméraire, cervico-brachialgies et blocages du membre supérieur droit –, qui l'ont empêché de poursuivre son activité de serveuse. Ces atteintes n'avaient pas été prises en considération en 2008, de sorte qu'il convient d'admettre la survenance d'une aggravation de l'état de santé. Cela étant, la chambre de céans constate que les répercussions des atteintes somatiques énoncées sur la capacité de travail, en particulier dans une activité adaptée, n'ont pas été suffisamment investiguées.

e. En effet, le rapport de synthèse établi par le SMR, à l'instar des autres rapports versés au dossier depuis la demande de révision, ne répond pas aux réquisits jurisprudentiels qui permettraient de lui reconnaître une pleine valeur probante : ses conclusions ne sont pas motivées et il omet de prendre en considération les limitations psychiques énumérées dans l'expertise de 2008. Il ne repose au demeurant pas sur des documents suffisamment probants, dès lors qu'aucun des médecins ayant examiné l'assurée depuis 2014 ne s'est prononcé de façon motivée sur sa capacité de travail dans une activité adaptée. Le Dr G_____ a certes indiqué, dans un rapport laconique établi en février 2016 – plus d'une année après son seul entretien avec l'assurée – que la côte surnuméraire cervicale ne « devrait » pas entraîner d'incapacité de travail, mais il n'a pas motivé sa conclusion, qu'il a formulée de surcroît au conditionnel. Son rapport ne permet pas de se prononcer de manière fiable sur la capacité de travail, étant rappelé qu'il appartient au juge de statuer non pas sur la base de simples hypothèses mais de faits établis au degré de la vraisemblance prépondérante. Les autres médecins de l'assurée, en particulier les Drs F_____, B_____ et H_____, ne se sont pas exprimés sur sa supposée capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée. Dans ces conditions, le SMR ne pouvait conclure, sans investigation supplémentaire, que la recourante demeurerait apte à exercer à 50% une activité adaptée, nonobstant l'aggravation de son état de santé. Enfin, on rappellera qu'il convient en règle générale de faire preuve de réserve par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par

A/4040/2016 - 16/17 - le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier, lesquelles s'avèrent insuffisantes en l'occurrence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine).

Dans la mesure où l'intimé était entré en matière sur la demande de révision, il lui appartenait d'instruire le dossier sous l'angle médical. Il a toutefois pris le parti de la rejeter, sans élucider à satisfaction de droit la capacité de travail de la recourante depuis l'aggravation survenue en 2014. Partant, le recours sera partiellement admis, la décision du 17 novembre 2016 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour qu'il ordonne une expertise selon la procédure prévue à l'art. 44 LPG, puis rende une nouvelle décision. Ce n'est que si l'expertise confirme l'existence d'une capacité résiduelle de travail qu'il appartiendra à l'intimé d'examiner, comme il le propose, le droit de l'assurée à une mesure d'orientation professionnelle, voire à d'autres mesures d'ordre professionnel.

E. 14

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

A/4040/2016 - 17/17 - 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.