

## **GE\_GERICHTE ATAS/651/2019 vom 9. Juli 2019**

GE Cour de justice, 2019-07-09, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_ATAS\\_651\\_2019](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_651_2019)

FR: GE\_GERICHTE ATAS/651/2019 du 9 juillet 2019

IT: GE\_GERICHTE ATAS/651/2019 del 9 luglio 2019

### **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), 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.

A/3108/2018 - 16/32 - 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**

Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur lors de la réalisation de l'état de fait qui doit être apprécié juridiquement ou qui entraîne des conséquences juridiques (ATF 139 V 297 consid. 2.1). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b ; ATF 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la rente entière d'invalidité ayant été supprimée par les décisions du 16 août 2018, est applicable le droit en vigueur jusqu'à ce moment-là, dont notamment les dispositions de la sixième révision de la LAI (premier volet) en vigueur depuis le 1er janvier 2012 (modification du 18 mars 2011 [RO 2011 5659, FF 2010 1647]).

#### **E. 4**

Le délai de recours est de trente jours (art. 60 al. 1 LPGA ; art. 62 al. 1 let. a de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Il court dès le lendemain de la notification de la décision (art. 62 al. 3 LPA et dans le même sens art. 38 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).

#### **E. 5**

Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression, par voie de révision, de la demi-rente d'invalidité – accordée au recourant depuis le 1er septembre 1999 – avec effet au 1er

octobre 2018, respectivement sur son droit éventuel à une rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2018.

## **E. 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). Aux termes de l'art. 17 al. 1 LPGA, 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.

A/3108/2018 - 17/32 - 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 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). 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 du

## **E. 9**

a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler, ainsi que, dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA, 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). En outre, les données médicales constituent un élément utile pour

A/3108/2018 - 19/32 - déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 25 V 256 consid. 4 et les références). b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément

déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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. c. 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). d. Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier, de prendre position à leur sujet 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 LPGA) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; ATF 142 V 58 consid. 5.1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). De tels rapports ne sont cependant pas dénués de toute valeur probante, et il est admissible que l'office intimé, ou la juridiction cantonale, se fonde de manière déterminante sur leur contenu. Il convient toutefois de poser des exigences strictes en matière de preuve ; une expertise devra être ordonnée si des doutes, même faibles, subsistent quant à la fiabilité ou à la pertinence des constatations effectuées par le SMR (ATF 142 V 58 consid. 5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_371/2018 du 16 août 2018 consid. 4.3.1).

A/3108/2018 - 20/32 - e. 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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

## **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 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).

## **E. 11**

a. 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 cas échéant – en cas d'indices d'une modification des effets économiques – 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 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Une communication, au sens de l'art. 74ter let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_127/2014 du 15 mai 2014 consid. 2.2 et les références). b. En l'espèce, lors de la décision initiale d'octroi de rente du 17 décembre 2003, l'intimé a reconnu au recourant le droit à une rente entière d'invalidité sur la base d'un degré d'invalidité de 100 % dès le 1er septembre 1999 en raison d'un trouble somatoforme douloureux persistant, associé à un trouble mixte de la personnalité à traits querulents et anankastiques, qui le rendaient incapable de s'adapter à son environnement professionnel.

A/3108/2018 - 21/32 - L'intimé a initié une procédure de révision de rente le 27 novembre 2006. À cet effet, pour évaluer l'état de santé du recourant, il a uniquement recueilli le questionnaire pour la révision de rente rempli par le recourant et un rapport de son chiropraticien, sans solliciter l'avis du SMR. Par conséquent, la communication du 17 janvier 2007 maintenant le droit du recourant à une rente entière d'invalidité ne repose pas sur un examen matériel du droit à la rente. En définitive, pour déterminer si et depuis quand le degré d'invalidité s'est modifié notablement au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de comparer les faits existant au moment de la décision initiale de rente du 17 décembre 2003, entrée en force, avec les circonstances fondant les décisions litigieuses du 16 août 2018. Ces dernières décisions reposent d'un point de vue médical notamment sur le rapport d'expertise de la CRR du 20 juin 2017. Par conséquent, avant de comparer la situation sur le plan médical existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si cette expertise a une valeur probante. Dans ledit rapport, les experts diagnostiquent avec incidence sur la capacité de travail, une déchirure partielle non transfixiante du supra-épineux droit avec tendinopathie de l'infra-épineux et bursite sous-acromiale, une tendinopathie du supra-épineux gauche, une arthrose radio-scaphoïdienne au poignet gauche débutante en rapport avec un antécédent de fracture du scaphoïde opéré, une variance ulnaire positive des deux côtés avec douleurs ulnaires à gauche, des lombalgies chroniques possiblement d'origine statique en rapport avec une inégalité de longueur du membre inférieur droit de deux centimètres avec bascule du bassin à droite, ainsi que des tendinopathies des moyens fessiers des deux côtés. Sans incidence sur la capacité de travail, ils diagnostiquent notamment un axonotmesis chronique dans le quadriceps droit compatible avec des séquelles de poliomyélite, un épisode dépressif léger, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une anomalie de transition lombaire avec probable hémilombalisation gauche de S1, des discopathies L4-L5 et L5-S1 discrètes, une protrusion discale L4-L5 foraminale et extra foraminale sans compression radiculaire, des cervicalgies

communes, une discrète arthrose cervicale débutante et un antécédent d'épicondylite gauche. Ils retiennent une incapacité de travail de 100 % dans l'activité antérieure et une capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée, à savoir une activité légère, par exemple une activité à l'établi avec alternance des positions assise-debout. Ils mentionnent les plaintes du recourant, à savoir essentiellement des lombalgies présentes depuis près de trente ans, des douleurs au membre inférieur droit et au genou gauche, des cervicalgies présentes environ depuis vingt ans, ainsi que des douleurs aux épaules et au poignet gauche présentes depuis plusieurs années. Ils expliquent pourquoi ils considèrent que les troubles cervicaux ne sont pas incapacitants eu égard aux radiographies du 28 décembre 2016 qui ne montrent que des anomalies banales pour un homme de 57 ans. S'agissant des troubles lombaires, ils admettent une incapacité de travail dans l'activité de cuisinier en raison de la bascule du bassin avec troubles statiques à convexité droite et de l'anomalie de

A/3108/2018 - 22/32 - transition avec hémi-lombalisation de S1. En revanche, les anomalies discales très discrètes en L4-L5, L5-S1 et D11-D12 visibles sur les bilans d'imagerie de juillet 2015 et 2016 sont compatibles avec l'âge du recourant et n'entraînent pas de conflit disco-radiculaire ou de canal lombaire rétréci. Dès lors, elles n'ont pas d'incidence sur la capacité de travail dans une activité adaptée. S'agissant des épaules, les plaintes sont cohérentes avec l'examen clinique et l'imagerie. Même si le recourant se plaignait déjà des épaules en 2003, la situation s'est probablement dégradée au fil du temps et du vieillissement de celui-ci. Par conséquent, l'atteinte des épaules entraîne une incapacité de travail, en tout cas dans l'activité de cuisinier, et nécessite une activité adaptée. S'agissant du poignet gauche, l'arthrose radio-scaphoïdienne entraîne des limitations fonctionnelles dans la dernière activité et justifie une activité adaptée. S'agissant du membre inférieur droit, l'amyotrophie de la cuisse droite est globalement similaire à celle mise en évidence par les différentes expertises. Le recourant a surtout été traité pour des tendinopathies des fessiers, actuellement en voie d'amélioration, qui peuvent être secondaires à la bascule du bassin et à l'inégalité de longueur du membre inférieur droit. Dans ce tableau clinique, les limitations de la hanche à l'examen clinique ne sont expliquées ni par une éventuelle coxarthrose, ni par la tendinopathie du moyen fessier et sont à intégrer dans le comportement algique plus global du recourant. Le valgus du genou gauche, le recurvatum et l'inégalité de longueur des membres inférieurs sont de possibles séquelles de l'atteinte neurologique connue depuis 1991 environ et entraînent des limitations. Sur le plan psychiatrique, le Dr S\_\_\_\_\_ relève quelques aspects procéduriers et démonstratifs d'intensité légère dont certains peuvent être mis en rapport avec le fait de se sentir perdu vis-à-vis des termes médicaux. Il ne constate pas de manifestation psychotique permettant d'expliquer le vécu algique et les limitations fonctionnelles. Les fonctions thymiques sont dans la norme et l'asthénie qu'invoque le recourant est peu perceptible lors de l'examen. L'humeur n'est clairement pas déprimée. Même si le recourant semble marcher avec difficultés, le sous-jacent ne semble pas être psychique. Face à un trouble douloureux chronique avec discordance somato-algique, l'éventualité d'un diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant doit être évoquée. Toutefois, il s'agit d'un diagnostic d'exclusion. L'état psychique du recourant est loin d'être cristallisé en l'absence de raréfaction des relations sociales ou familiales et de diminution uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence. Un trouble spécifique de la personnalité incapacitant (F60) ne peut être retenu au vu de l'investissement personnel du recourant dans les affaires de ses filles, de sa fondation ou de son propre dossier médical qui témoigne de nombreuses ressources perceptibles au quotidien. Enfin, une étiologie psychogène (F45.4) se heurte à la

cohérence, respectivement à l'absence de limitation uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence du recourant. En définitive, il n'y a pas de limitation psychiatrique à une reprise d'activité professionnelle adaptée aux difficultés algiques.

A/3108/2018 - 23/32 - Le rapport d'expertise ne procède pas à une comparaison de l'état de santé du recourant entre le 17 décembre 2003 et le 20 juin 2017. En revanche, il prend en compte l'anamnèse, les plaintes du recourant et l'examen clinique de celui-ci. Il explique pourquoi il considère que certains troubles sont incapacitants dans l'activité antérieure de cuisinier et entraînent des limitations fonctionnelles, respectivement une limitation de la capacité de travail de 50 % dans une activité adaptée. Il explique également pourquoi il ne retient pas l'existence d'un SPP en l'absence d'une récurrence tardive d'une parésie. Il ne présente pas d'incohérences. En revanche, bien que l'intimé ait demandé aux experts de préciser quel est le taux de l'incapacité de travail dans l'activité habituelle et dans l'activité adaptée et depuis quand ladite incapacité existe, le rapport d'expertise ne précise pas depuis quand la capacité de travail est de 100 % dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée. Toutefois, au vu du sort du litige, il faut admettre que ce point n'est pas déterminant et que le rapport d'expertise remplit les conditions permettant de lui reconnaître une valeur probante sur les autres questions. Le recourant ne conteste pas à proprement parler la valeur probante dudit rapport d'expertise. Notamment, il considère qu'il ne souffre pas de troubles psychiques. En revanche, il reproche aux experts de ne pas avoir comparé son état de santé, respectivement sa capacité de travail par rapport à la situation prévalant lors de l'octroi de la rente entière d'invalidité en décembre 2003. Force est de constater que le questionnaire à l'attention des experts ne pose aucune question à ce sujet et que le recourant, bien qu'il ait reçu une copie dudit questionnaire avant l'expertise n'a pas saisi l'opportunité de poser des questions complémentaires aux experts quant à l'évolution de son état de santé et de sa capacité de travail depuis le 17 décembre 2003. Par conséquent, cet argument ne suffit pas pour ôter toute valeur probante à l'expertise. En revanche, plusieurs médecins du recourant, à savoir le Dr X\_\_\_\_\_ dans son rapport du 24 septembre 2017, la Dresse Z\_\_\_\_\_ dans son rapport du 3 octobre 2017 et le Dr O\_\_\_\_\_ dans son rapport du 10 octobre 2017 contestent les conclusions des experts en tant qu'elles ne retiennent pas un SPP. Or, le rapport d'expertise explique que la discrète atrophie sans parésie ne correspond pas au SPP en l'absence de récurrence tardive d'une parésie suite à une poliomyélite qui a récupéré. De plus, faute de déficit de la force, il n'y a pas de limitation fonctionnelle sur le plan neurologique. Lors de son expertise neurologique du 9 mai 2017 et après nouvelle ENMG pratiquée le même jour, le Dr R\_\_\_\_\_ constate une atteinte axonale quadricipitale droite chronique compatible avec des séquelles de poliomyélite, une aréflexie rotulienne droite et une hypomyotrophie de la cuisse droite, sans net déficit de la force. Il fait état d'atypies, notamment une pseudo-parésie et des troubles sensitifs mal systématisés, alors que s'il s'agit de séquelles de poliomyélite, aucun trouble sensitif n'est attendu. Les plaintes actuelles sont diffuses, mal systématisées et ne peuvent en aucun cas être expliquées par une éventuelle atteinte motrice au membre inférieur droit, qui est

A/3108/2018 - 24/32 - minime et caractérisée par une discrète atrophie mais sans parésie. Ces explications ne sont pas contredites par les rapports susmentionnés puisque leurs auteurs ne mentionnent pas de parésie, respectivement une récurrence de celle-ci, ne mettent pas en évidence de déficit de la force et n'expliquent pas en quoi ce syndrome entraînerait une incapacité de travail dans une activité adaptée. Par conséquent, les prises de position de ces médecins ne permettent pas de douter de la valeur probante du rapport d'expertise du 20

juin 2017 sur la question du SPP.

#### **E. 12**

Il convient ensuite de comparer la situation médicale prévalant en décembre 2003 avec celle faisant l'objet de l'expertise. Lors de l'expertise du 8 septembre 2003 sur laquelle s'est basée l'intimé pour accorder la rente entière d'invalidité à partir du 1er septembre 1999 par décision du

#### **E. 17**

décembre 2003, les experts ont admis que seuls les troubles psychiques, à savoir un trouble somatoforme douloureux persistant, ainsi qu'un trouble mixte de la personnalité à traits quérulents et anankastiques entraînaient une incapacité de travail de 100 % dans toute activité. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils ont notamment diagnostiqué une amyotrophie de la cuisse droite d'origine incertaine, une anomalie de la charnière lombo-sacrée (vertèbre transitionnelle) et des troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire. Dans l'expertise du 20 juin 2017, les experts ne retiennent au contraire aucun trouble psychique incapacitant et admettent une incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée en raison essentiellement de la bascule du bassin avec troubles statiques à convexité droite, de l'anomalie de transition avec héli-lombalisation de S1, ainsi que de l'aggravation des troubles des épaules et du poignet droit. Sans répercussion sur la capacité de travail, ils diagnostiquent notamment un axonotmesis chronique dans le quadriceps droit compatible avec des séquelles de poliomyélite, un épisode dépressif léger, un syndrome douloureux somatoforme persistant, une anomalie de transition lombaire avec probable hémilombalisation gauche de S1, des discopathies L4-L5 et L5-S1 discrètes, une protrusion discale L4-L5 foraminale et extra foraminale sans compression radiculaire, des cervicalgies communes, une discrète arthrose cervicale débutante et un antécédent d'épicondylite gauche. Aussi, en admettant que l'incapacité de travail du recourant est de 50 % dans une activité adaptée au jour de l'expertise contre 100 % en 2003, les experts semblent admettre une amélioration de l'état de santé du recourant, respectivement des incidences de celui-ci sur sa capacité de travail. Or ils justifient l'incapacité de travail de 50 % dans une activité adaptée par la chronicité des lombalgies, l'aggravation des troubles des épaules et du poignet droit, soit par une aggravation de l'état de santé somatique du recourant par rapport à l'expertise de 2003 qui ne posait aucun diagnostic incapacitant sur le plan physique. En revanche, les experts ne retiennent aucun diagnostic incapacitant sur le plan psychique, tout en posant les diagnostics d'épisode dépressif léger et de syndrome douloureux somatoforme persistant, alors qu'en 2003, ils considéraient que les douleurs et lésions somatiques

A/3108/2018 - 25/32 - auxquelles elles étaient censées être liées camouflaient une souffrance psychique, à savoir un trouble somatoforme douloureux auquel s'associait un trouble mixte de la personnalité. Par conséquent, il y a lieu de déterminer s'il y a une nette amélioration de l'état de santé psychique du recourant ou s'il s'agit d'une nouvelle appréciation d'un état de santé inchangé. Lors de l'expertise de 2003, les experts ont constaté que l'évaluation clinique était parasitée par un comportement douloureux se manifestant par des rictus, des expressions verbales, des tremblements ou encore de co-contractions musculaires volontaires. L'expert psychiatre a mis en évidence une sensibilité excessive à la critique, un caractère méfiant voire interprétatif, une symptomatologie thymique avec irritabilité marquée, une certaine impulsivité et des troubles du sommeil. Lors de l'expertise du 20 juin 2017, les experts mettent également en

évidence des incohérences et l'adoption d'un comportement douloureux assez marqué surtout lors de la mobilisation du membre inférieur droit avec tremblements et soupirs. L'expert psychiatre observe quelques aspects procéduriers et démonstratifs d'intensité légère. Il ne fait pas état de troubles du sommeil, alors que le recourant se plaint de perte de sommeil avec réveils trois à quatre fois par nuit, d'asthénie importante et de grande fatigue. En comparant les constatations cliniques, la seule amélioration concerne l'irritabilité et les troubles de la personnalité puisque l'expert ne constate plus de sensibilité excessive à la critique, ni de caractère méfiant voire interprétatif. Toutefois, en l'absence de traitement sur le plan psychique puisque le recourant nie tout trouble de cet ordre et en présence de troubles de la personnalité caractérisés notamment par des troubles de l'adaptation, on peine à comprendre que cette amélioration, qui ne peut pas être qualifiée de sensible, fasse passer l'incapacité de travail de 100 % à 0 %. En réalité, tout comme en 2003, l'état de santé du recourant est également caractérisé par un syndrome douloureux dans un contexte de cervicalgies, de lombalgies, ainsi que de douleurs aux épaules et au membre inférieur droit. Le seul élément qui change est la reconnaissance par les experts d'une incapacité de travail provoquée par les troubles physiques alors que le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux est un diagnostic d'exclusion. À ce propos, l'expertise retient également un diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, ce qui confirme qu'il existe une situation mixte avec des diagnostics somatiques incapacitants qui n'expliquent que partiellement l'incapacité de travail du recourant dans une activité adaptée et avec des douleurs qui ne sont pas expliquées par les constatations objectives des experts. Cependant, elle considère qu'il n'est pas incapacitant eu égard à l'absence d'état psychique cristallisé, des nombreuses ressources du recourant et à l'absence de limitation uniforme des activités dans tous les domaines de l'existence du recourant. Pour arriver à cette conclusion, le Dr S\_\_\_\_\_ applique la nouvelle grille d'évaluation structurée applicable depuis le 3 janvier 2015 (ATF 141 V 281 consid. 3.6), alors qu'en 2003, les experts ont admis le caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux persistant sans procéder à une telle analyse. Toutefois, on peut se demander si son

A/3108/2018 - 26/32 - évaluation prend réellement en compte les exigences de la jurisprudence. En effet, s'agissant du diagnostic de syndrome somatoforme douloureux, le rapport ne se prononce pas sur sa gravité, or cette atteinte peut présenter des degrés différents et notamment causer des limitations fonctionnelles ; selon la nouvelle jurisprudence, un degré de gravité minimal est même inhérent au diagnostic. En outre, le rapport ne contient pas d'éléments permettant de se prononcer sur le « complexe personnalité » du recourant dont il convient également de tenir compte afin de pouvoir évaluer le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle. Ce complexe englobe à côté des formes classiques du diagnostic de la personnalité qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité, le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du moi » qui désignent des capacités inhérentes à la personnalité, permettant des déductions sur la gravité de l'atteinte à la santé et de la capacité de travail (par exemple : autoperception et perception d'autrui, contrôle de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation ; cf. ATF 141 V 281 consid. 4.3.2). De plus, la jurisprudence plus restrictive permettant d'admettre le caractère invalidant d'un trouble somatoforme douloureux (ATF 130 V 352 et 396 consid. 6.2.3), qui considérerait que les données subjectives sur la douleur de la personne assurée n'étaient pas suffisantes pour justifier une invalidité mais exigeait la réalisation de certains critères dont notamment une comorbidité psychiatrique d'une certaine gravité, ne date que du 12 mars 2004, soit après la

première expertise. Par conséquent, les experts ont procédé à une nouvelle appréciation du cas sur la base d'autres critères, dans un même contexte de trouble douloureux chronique avec discordance somato-algique. Par ailleurs, il n'existe pas de motif de révision du fait que l'état de santé du recourant s'est dégradé. En effet, même si non seulement une amélioration (considérable) de l'état de santé, mais aussi une détérioration de celui-ci peuvent justifier de réviser le droit à la rente et conduire à une réévaluation globale et complète du droit à la rente, une telle modification de l'état de santé n'est toutefois relevante sur le plan juridique que si elle affecte le droit à la rente (ATF 141 V 9 consid. 2.3 et 5.2). Si tel n'est pas le cas, il n'y a pas de place pour une suppression de rente sur la base de l'art. 17 LPGA en raison de l'aggravation avérée de l'état de santé (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_405/2017 du 7 novembre 2017 consid. 4.3). Or, dans le cas du recourant qui souffre d'un trouble douloureux chronique avec discordance somato-algique, la modification de son état de santé a pour effet qu'une part de ses douleurs est désormais explicable par des éléments objectivables, soit des diagnostics somatiques, mais que l'autre part est toujours imputable à des éléments non objectivables, soit aux troubles psychiques qui ont justifié le droit à la rente entière. Par conséquent, une telle constellation ne justifie pas de procéder à une réévaluation globale du droit à la rente sans prendre en compte les évaluations antérieures. En définitive, il n'existe aucun motif de révision au regard de l'art. 17 al. 1 LPGA.

A/3108/2018 - 27/32 - 13. Il reste encore à examiner si l'intimé était en droit de réviser la rente en application des dispositions finales de la sixième révision de la LAI, adoptée le 18 mars 2011. a. En dérogation à l'art. 17 al. 1 LPGA, l'al. 1 de la let. a des dispositions finales de la sixième révision de l'AI (premier volet) a introduit le 1er janvier 2012 une procédure de révision particulière pour les rentes octroyées jusqu'alors en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon cette disposition, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique seront réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la présente modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA ne sont pas remplies. L'al. 4 de la let. a précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. b. Alors que pour la douleur somatogène, qui peut être mesurée en fonction d'un substrat organique, – il existe une relation de cause à effet scientifiquement traçable de sorte que la limitation est spécifique –, pour la symptomatique somatoforme soumise à la jurisprudence relative aux syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires (ATF 130 V 352), il n'y a pas de corrélation organique (suffisante) (ATF 139 V 547 consid. 7.1.19). Tous les symptômes considérés ont en commun le fait que la pathogenèse - le mécanisme par lequel les altérations de la santé se produisent - est complètement inconnue ou au moins incertaine ; le mode d'action en tant que tel et son intensité ne peuvent être spécifiés (ATF 139 V 547 consid. 7.1.3). Dans un arrêt publié aux ATF 139 V 547, le Tribunal fédéral a précisé les conditions auxquelles un réexamen du droit de la rente sur la base de l'al. 1 de la let. a des dispositions finales pouvait avoir lieu (cf. consid. 10). Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. En outre, la rente d'invalidité versée jusqu'ici doit avoir été accordée uniquement (« ausschliesslich ») en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, au

nombre desquels on compte le syndrome somatoforme douloureux. Au moment de la révision, seul ce diagnostic doit subsister ; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé (consid. 10.1.2 de l'arrêt cité). Enfin, il faut vérifier si les « critères de Foerster » sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (consid. 10.1.3 de l'arrêt cité ; cf. arrêt du Tribunal fédéral 9C\_748/2013 du 10 février 2014). À l'ATF 139 V 547, le Tribunal fédéral a expressément précisé que pour réduire ou supprimer la rente, il était nécessaire qu'au moment de la révision, seul soit présent un symptôme peu clair. Il convient donc également d'examiner si l'état de santé

A/3108/2018 - 28/32 - s'est aggravé pour le moins depuis l'octroi de la rente et si, outre les troubles non objectivables, un diagnostic clair ne peut pas désormais être posé sur la base des examens cliniques psychiatriques (consid. 10.1.2). Selon la circulaire de l'Office fédéral des assurances sociales sur les dispositions finales de la modification de la LAI du 18 mars 2011 (CDF), valable dès le 1er janvier 2012, les pathologies pour lesquelles un diagnostic peut être posé clairement à l'aide d'examens cliniques et psychiatriques, comme les dépressions, la schizophrénie, les troubles compulsifs, les troubles du comportement alimentaire, les troubles anxieux et les troubles de la personnalité, ne font pas partie des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et les rentes octroyées à ce titre ne doivent donc pas être réexaminées en vertu des dispositions finales (ch. 1003 ; ATF 139 V 547 consid. 7.1.4). La rente ne peut être réduite ou supprimée que si elle a été octroyée en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique et que le tableau clinique est toujours de cet ordre à la date de la révision (ATF 139 V 547 consid. 10.1.1 et 10.1.2). Il arrive certes qu'une cause organique soit à l'origine du syndrome non explicable, même en partie. L'applicabilité des dispositions finales dépend toutefois de l'atteinte à la santé déterminante pour l'octroi de la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_379/2013 du 13 novembre 2013 consid. 3.2). Lorsqu'une rente en cours a été allouée aussi bien en raison de plaintes objectivables que non explicables, la disposition finale s'applique aux plaintes combinées selon l'ATF 140 V 197, si l'on peut distinguer les plaintes peu claires et les plaintes « explicables » tant au niveau du diagnostic que des conséquences fonctionnelles. Une partie de la capacité de travail justifiée sur le plan organique ne peut être réévaluée, lors de l'application de la disposition finale, que s'il existe une modification au sens de l'art. 17 LPGA. À cet égard, dans le cadre de l'application de la disposition finale, il est dérogé au principe qui veut que, dans le cadre d'une révision matérielle, l'administration examine intégralement le droit à la rente d'un point de vue des faits et du droit (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_121/2014 du 3 septembre 2014 consid. 2.4.2). Dans les situations où cette distinction n'est pas possible et où l'on ne peut pas déterminer sur quelle base la rente initiale a été allouée (situation mixte), l'applicabilité de la disposition finale (conduisant dans ce cas à un réexamen intégral) est déterminée de la manière suivante : si (au moment de l'octroi et/ou de la révision de la rente) des troubles organiques ou psychiques indépendants du syndrome sans pathogenèse claire existent parallèlement à celui-ci, la disposition finale n'est pas applicable lorsque l'atteinte à la santé supplémentaire (« indépendante ») contribue de manière indépendante à l'incapacité de travail significative, respectivement a donné droit à la rente (cf. également arrêt 9C\_308/2013 du 26 août 2013 E. 5.1 et 5.2). Si elle ne fait que renforcer les effets des symptômes peu clairs, un réexamen intégral de la rente fondé sur la let. a al. 1

A/3108/2018 - 29/32 - des dispositions finales reste possible (arrêts du Tribunal fédéral 9C\_620/2016 du 9 mars 2017 et 9C\_121/2014 précité, consid. 2.6). c. La réduction ou la suppression de la rente selon la let. a al. 1 des dispositions finales n'est pas limitée aux rentes octroyées avant le 1er janvier 2008, date à laquelle l'art. 7 al. 2 LPGA est entré en vigueur et a ancré dans la loi l'exigence jurisprudentielle selon laquelle l'incapacité de gain doit être insurmontable afin de pouvoir donner droit à une rente. Par contre, si l'octroi de la rente tenait déjà compte de la jurisprudence relative à cette exigence, introduite le 12 mars 2004 par le Tribunal fédéral, il n'est pas possible de réexaminer le droit à la rente au titre des dispositions finales (ATF 140 V 8 consid. 2, notamment 2.2.1.3). Au vu de l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, le réexamen des rentes en vertu des dispositions finales ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la présente modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de révision. Pour calculer depuis combien d'années la rente a été versée, il faut se référer, pour la date initiale, à celle du début du droit à la rente et non pas à la date de la décision (ATF 139 V 442 consid. 3 et 4). Le « moment de l'ouverture de la procédure de révision », pour sa part, correspond au moment où, selon le degré de la vraisemblance prépondérante, la révision a effectivement été introduite. Il ne correspond pas au moment où l'OAI a informé la personne assurée qu'il entend supprimer la rente (cf. arrêt du Tribunal fédéral 8C\_773/2013 du 6 mars 2014 consid. 3, précisé par l'arrêt 8C\_576/2014 du 20 novembre 2014 consid. 4.3.2). 14. En l'espèce, le recourant n'avait pas atteint l'âge de 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification légale, le 1er janvier 2012. Au surplus, en avril 2012, lorsque la procédure de réexamen a été ouverte, cela faisait douze ans et huit mois – et ainsi moins de quinze ans – que le recourant touchait une rente d'invalidité, la rente initiale ayant été versée à compter du 1er septembre 1999. Ainsi, l'affaire ne tombe pas dans les exceptions prévues par l'al. 4 de la let. a des dispositions finales, de sorte que le recourant faisait bien partie du cercle des personnes susceptibles d'être concernées par la procédure de réexamen. L'expertise de la CRR du 8 septembre 2003 pose les diagnostics incapacitants de trouble somatoforme douloureux persistant, ainsi que de trouble mixte de la personnalité à traits quérulents et anankastiques. Les experts ont toutefois précisé qu'au trouble somatoforme s'associait une atteinte plus grave, à savoir un trouble mixte de la personnalité et qu'en raison de ses troubles psychiques, le recourant n'était pas capable de s'adapter à son environnement professionnel. Dans son rapport du 3 novembre 2003, le SMR a considéré que l'incapacité de travail totale était justifiée par un trouble de la personnalité qui avait entraîné des difficultés personnelles et professionnelles manifestes depuis 1988 déjà.

A/3108/2018 - 30/32 - Dès lors, la rente entière en cours jusqu'au 30 septembre 2018 n'est pas basée exclusivement sur un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires, mais également sur un diagnostic de trouble mixte de la personnalité, qui est même prédominant quant à la justification de l'incapacité de travail et qui, au surplus, ne fait pas partie des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires (cf. CFD ch. 1003). Pour ce premier motif, les conditions de la let. a al. 1 des dispositions finales ne sont pas applicables. Par ailleurs, le recourant souffre actuellement en sus d'un syndrome somatoforme douloureux, d'une déchirure partielle non transfixiante du supra-épineux droit avec tendinopathie de l'infra-épineux et bursite sous-acromiale, d'une tendinopathie du supra-épineux gauche, d'une arthrose radio-scaphoïdienne au poignet gauche débutante en rapport avec un antécédent de fracture du scaphoïde opéré, d'une variance ulnaire positive des deux côtés avec douleurs ulnaires à gauche, ainsi que de lombalgies chroniques possiblement d'origine

statique en rapport avec une inégalité de longueur du membre inférieur droit de deux centimètres avec bascule du bassin à droite. Ces divers troubles organiques justifient une incapacité de travail totale dans l'activité habituelle et de 50 % dans une activité adaptée. Dès lors, au moment de la révision, il ne subsiste pas exclusivement un syndrome sans pathogénèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, mais également des atteintes à la santé supplémentaires organiques – indépendantes du syndrome sans pathogénèse claire – qui existent parallèlement à celui-ci et contribuent de manière indépendante à l'incapacité de travail. Pour cette seconde raison, la disposition finale n'est pas applicable dans ce cas de figure. Aussi, l'intimé ne pouvait-il pas, sur la base de cette disposition, remplacer le droit du recourant à une rente entière d'invalidité par un droit à une demi-rente d'invalidité dès le 1er octobre 2018. Pour le surplus, on ajoutera que la décision initiale d'octroi de la rente entière d'invalidité n'apparaît pas manifestement erronée, de sorte qu'une reconsidération de cette décision au sens de l'art. 53 al. 2 LPGA ne se révèle pas non plus justifiée, étant rappelé que la jurisprudence rendue depuis lors sur le caractère invalidant des troubles somatoformes douloureux (cf. ATF 130 V 352) ne permet pas de révoquer des rentes en cours (cf. ATF 135 V 215 consid. 6 ; cf. également arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 138/07 du 25 juin 2007 in SVR 2008 IV no 5 p. 12 consid. 4). Au vu de ce qui précède, le recourant a droit à la reprise du versement de sa rente entière d'invalidité dès le 1er octobre 2018. Cette issue rend superflue l'analyse des autres griefs qu'il soulève. 15. Il se justifie, en conséquence, d'admettre le recours et d'annuler les décisions du 16 août 2018 au sens des considérants. Le recourant étant représenté par un avocat et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et

A/3108/2018 - 31/32 - dépens (art. 61 let. g LPGA ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 500.-. \* \* \* \* \*

A/3108/2018 - 32/32 - 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.