

GE_GERICHTE ATAS/677/2016 vom 30. August 2016

GE Cour de justice, 2016-08-30, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_677_2016

FR: GE_GERICHTE ATAS/677/2016 du 30 août 2016

IT: GE_GERICHTE ATAS/677/2016 del 30 agosto 2016

Erwägungen

E. 1

a. 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. b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A

A/229/2015 - 14/24 - LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art 69 LAI). Le recours dirigé contre le refus de l'intimé du 18 décembre 2014 d'ordonner une ré-expertise rhumatologique du recourant par un autre médecin que le Dr U_____ n'a plus d'objet, dès lors que cette décision a été annulée par l'intimé. Il sied de le constater, sans même aborder et a fortiori trancher la question de savoir s'il ne s'agissait pas d'une décision incidente non sujette à recours (art. 59 let. a et 89A LPA), d'autant plus eu égard à l'issue qui sera donnée au recours dirigé contre la décision de l'intimé du 11 février 2015 supprimant le droit du recourant à une rente d'invalidité. Ce second recours a été interjeté en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA), la date de notification de la décision attaquée n'étant au demeurant pas établie du fait que cette décision a été envoyée par courrier simple. Il satisfait aux exigences de forme et de contenu prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). Touché par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, le recourant a qualité pour recourir contre cette décision (art. 59 LPGA). Ce second recours sera donc déclaré recevable.

E. 2

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 ; 127 V 467 consid. 1 et les références ; concernant la procédure, 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 ; 112 V 360 consid. 4a ; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b]). S'agissant de la LAI, il s'agit en l'espèce du droit qui était en vigueur lorsque l'office intimé a rendu la décision attaquée, à savoir le droit encore actuellement en vigueur, intégrant les dernières modifications qu'a subies la LAI, en particulier celles de la révision dite 6a du 18 mars 2011, entrées en vigueur le 1er janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des 21 mars 2003 [4ème révision] et 6 octobre 2006 [5ème

révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1er janvier 2004 et 1er janvier 2008). Au demeurant, ces nouvelles dispositions n'ont pas amené de modifications substantielles sur les sujets pertinents dans la présente affaire, en particulier en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322). S'agissant des dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément (art. 1 al. 1 LAI), il sied de préciser qu'à l'instar de la LPGA elle-même dans son ensemble, elles consacrent, en règle

A/229/2015 - 15/24 - générale, une version formalisée sur le plan de 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

a. L'octroi d'une rente d'invalidité suppose que la capacité de l'assuré de réaliser un gain ou d'accomplir ses travaux habituels ne puisse pas être rétablie, maintenue ou améliorée par des mesures de réadaptation raisonnablement exigibles, que l'assuré ait présenté une incapacité de travail d'au moins 40 % en moyenne durant une année sans interruption notable, et qu'au terme de cette année il soit invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 1 LAI), la rente d'invalidité alors allouée étant un quart de rente, une demie rente, un trois quarts de rente ou une rente entière selon que le taux d'invalidité est, respectivement, de 40 à 49 %, de 50 à 59 %, de 60 à 69 % ou de 70 % ou plus (art. 28 al. 2 LAI). b. 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 pas à elle seule déterminante ; elle n'est 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 ou, si une sphère ménagère doit être prise en compte, sur sa capacité d'accomplir les travaux habituels (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1 ; Pierre-Yves GREBER, L'assurance-vieillesse, survivants et invalidité, in Pierre-Yves GREBER / Bettina KAHIL-WOLFF / Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Romolo MOLO, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. I, 2010, n. 156 ss, 160 ss). Si l'invalidité est une notion juridique mettant l'accent sur les conséquences économiques d'une atteinte à la santé, elle n'en comprend pas moins un aspect médical important, puisqu'elle doit résulter d'une atteinte à la santé physique, mentale ou psychique. Aussi est-il indispensable, pour qu'ils puissent se prononcer sur l'existence et la mesure d'une invalidité, que l'administration ou le juge, sur recours, disposent de documents que des médecins, éventuellement d'autres spécialistes, doivent leur fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé de l'assuré et à indiquer si, dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, du fait de ses atteintes à sa santé, incapable de travailler (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références). c. La révision d'une rente d'invalidité (comme des autres prestations durables d'assurances sociales) est régie, de façon générale, par l'art. 17 LPGA. Elle suppose que le taux d'invalidité du bénéficiaire d'une telle rente ait subi une modification notable. 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

A/229/2015 - 16/24 - 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). 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 (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5). En revanche, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier ; la réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1 et les références). d. Avec le premier volet de la 6ème révision de la LAI, adopté le 18 mars 2011 et entré en vigueur le 1er janvier 2012, le législateur fédéral a prévu, à titre transitoire, des règles particulières sur le réexamen des rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique. Selon ces règles, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique devaient être réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de cette modification ; cette disposition ne s'appliquait pas aux personnes qui avaient atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de cette modification, ou qui touchaient une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA n'étaient pas remplies, la rente devait être réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17, al. 1, LPGA n'étaient pas remplies. En cas de réduction ou de suppression de sa rente, l'assuré avait droit aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a LAI ; cela ne lui donnait pas droit à la prestation transitoire prévue à l'art. 32, al. 1, let. c LAI. Durant la mise en œuvre de mesures de réadaptation au sens de l'art. 8a, l'assurance continuait de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente. Dans un arrêt 8C_972/2012 du 31 octobre 2013 publié aux ATF 139 V 547, le Tribunal fédéral a précisé que, pour qu'une révision fondée sur ces dispositions transitoires puisse intervenir en dérogation aux conditions fixées par l'art. 17

A/229/2015 - 17/24 - LPGA, il fallait que la rente d'invalidité versée jusqu'ici ait été accordée uniquement en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, et qu'au moment de la révision seul ce diagnostic devait subsister ; il fallait en outre examiner si l'état de santé de l'intéressé s'était dégradé et vérifier si les « critères de Foerster » étaient remplis et permettaient de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.

E. 4

a. Pour l'établissement des faits pertinents, il y a lieu d'appliquer les principes ordinaires régissant la procédure en matière d'assurances sociales, à savoir, en particulier, la maxime

inquisitoire, ainsi que les règles sur l'appréciation des preuves et le degré de la preuve. b. La maxime inquisitoire régit la procédure (non contentieuse et contentieuse) en matière d'assurances sociales. L'assureur social (ou, en cas de litige, le juge) établit d'office les faits déterminants, sans préjudice de la collaboration des parties (art. 43 et 61 let. c LPGA ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, Procédure et contentieux, in Ghislaine FRÉSARD-FELLAY / Bettina KAHIL-WOLFF / Stéphanie PERRENOUD, Droit suisse de la sécurité sociale, vol. II, 2015, n. 27 ss). Les parties ont l'obligation d'apporter, dans la mesure où cela peut être raisonnablement exigé d'elles, les preuves commandées par la nature du litige et des faits invoqués ; à défaut, elles s'exposent à devoir supporter les conséquences de l'absence de preuve (art. 28 LPGA ; ATF 125 V 193 consid. 2 ; 122 V 157 consid. 1a ; 117 V 261 consid. 3b et les références). c. Comme l'administration, le juge des assurances sociales apprécie librement les preuves, sans être lié par des règles formelles (art. 61 let. c in fine LPGA ; cf. aussi consid. 6c). Il 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 (Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 78). Sans remettre en cause la liberté d'appréciation revenant à l'administration et, sur recours, au juge (art. 61 let. c in fine LPGA ; art. 20 al. 1 phr. 2 LPA), le Tribunal fédéral a établi des règles sur la portée probatoire des divers types de rapports médicaux, qui – tant dans une procédure initiale que dans une procédure de révision – doivent étayer les conclusions à tirer quant à l'existence, la nature, l'intensité et les effets d'atteintes à la santé. c/aa. 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 du médecin soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

A/229/2015 - 18/24 - c/bb. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee). 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 LPGA) 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, et ils ne sont pas dépourvus de 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_274/2015 du 4

janvier 2016 consid. 4.1.2 ; 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). On ne peut cependant 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 (arrêts du Tribunal fédéral 9C_310/2015 du 15 janvier 2016 consid. 6.2 ; 9C_25/2015 du 1er mai 2015 consid. 4.1 ; 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).

A/229/2015 - 19/24 - c/cc. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est, de manière générale, pas 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 9C_615/2015 du 12 janvier 2016 consid. 6.2 ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV n. 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). De même, le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références). d. Quant au degré de preuve requis, 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 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 ; 126 V 353 consid. 5b ; 125 V 193

consid. 2 et les références). Il n'existe 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 ; Ghislaine FRÉSARD-FELLAY, op. cit., n. 81 ss).

E. 5

a. En l'espèce, l'intimé a fondé la décision attaquée uniquement sur lesdites dispositions transitoires de la révision dite 6a de la LAI, sans affirmer qu'il y aurait eu modification (en l'occurrence amélioration) notable de l'état de santé du recourant. Il a cependant développé sa réponse au recours sur l'existence d'une

A/229/2015 - 20/24 - amélioration notable de l'état de santé du recourant, justifiant selon lui une suppression de rente. Compte tenu de l'issue à donner au recours, il n'est pas nécessaire de déterminer si les conditions d'application des dispositions transitoires considérées, telles que le Tribunal fédéral les a fixées, sont réunies ou non. Il appert en effet – ainsi que l'intimé l'a admis sur la base des pièces produites par le recourant en annexe à sa réplique – que, nonobstant les nombreux rapports et même expertises requis par l'intimé, l'instruction médicale du dossier apparaît susceptible d'avoir été lacunaire ou de n'avoir pas tenu compte de péjorations de l'état de santé du recourant, déjà en voie de réalisation lorsque l'intimé a rendu la décision attaquée. b. Des avis médicaux divergents ont été émis tout au long de l'instruction d'abord de la demande de rente d'invalidité présentée par le recourant, de 1999 à 2003, puis de la procédure de révision, de 2012 à 2015. Dans la mesure où les médecins admettaient une incapacité (totale ou partielle) de travail, dans l'activité habituelle ou une activité adaptée, il y avait divergence principalement sur le point de savoir si cette incapacité relevait du volet somatique ou du volet psychique. L'intimé ne s'est en réalité pas prononcé explicitement sur cette question dans sa décision du 17 décembre 2003 octroyant au recourant une rente entière d'invalidité, mais tout porte à considérer qu'il a retenu l'avis des experts de la CRR, à savoir qu'à une approche somatique de l'état de santé du recourant, il fallait préférer une approche psychosociale, et qu'ainsi – position que le recourant n'a jamais admise (du moins depuis qu'il a été conscient que tel était le fondement retenu par l'intimé), mais qu'il n'avait en tout état par intérêt à contester judiciairement, vu qu'une rente complète d'invalidité lui était accordée – son incapacité de travail tenait à un trouble somatoforme douloureux persistant associé à un trouble mixte de la personnalité à traits quérulents et anankastiques. C'est dans cette perspective que l'intimé a entrepris et mené la procédure de révision, toutefois non sans soumettre le recourant à une expertise pluridisciplinaire, dans les disciplines de la médecine interne, de la rhumatologie et de la psychiatrie. L'intimé a retenu l'avis des experts du CEMed, selon lesquels le recourant n'avait pas d'atteintes somatiques invalidantes et ne présentait pas non plus – ou plus non plus – d'atteintes à la santé psychique, et disposait ainsi d'une pleine capacité de travail dans son activité habituelle. Depuis la prise de la décision attaquée, les avis se sont multipliés ou, pour ceux qui avaient déjà été exprimés dans ce sens, ont pris davantage de poids que le recourant présentait des affections surtout somatiques, d'une part dont un lien avec la poliomyélite que celui-ci avait eu dans son enfance a été mis en évidence, et/ou d'autre part qui représentaient une péjoration de son état de santé physique, et ce – sied-il de souligner – pour des faits pour l'essentiel antérieurs à la prise de la décision attaquée. Référence est faite ici aux avis (résumés dans la partie «En fait») des Drs Y_____, Z_____, AA_____, AF_____, AE_____, AG_____, C_____ et AD_____, ainsi qu'à la négation du psychiatre AB_____ quant à

A/229/2015 - 21/24 - l'existence d'une maladie psychiatrique (notamment tant un trouble somatoforme douloureux qu'un trouble mixte de la personnalité). La plupart de ces avis sont – ou du moins apparaissent – dûment motivés, comme – faut-il également dire – l'apparaissent aussi ceux des experts de la CEMed. Certains de ces avis, revêtant du poids, sont invoqués nouvellement, tout en se rapportant à une période déjà antérieure à la décision attaquée. c. La chambre de céans ne saurait trancher en connaissance de cause, en l'état du dossier, entre les différents avis émis par les médecins et experts, déjà sur le point de savoir si les atteintes à la santé dont souffre le recourant sont (suffisamment) invalidantes et le cas échéant dans quelle mesure, et aussi si elles relèvent en définitive de la sphère somatique ou psychique ou des deux. Il est en revanche certain que la force probante du rapport d'expertise de la CEMed du 31 octobre 2013 et notamment du rapport d'expertise complémentaire du Dr U_____ du 23 janvier 2015 se trouve en l'état ébranlée par la convergence et la motivation des avis médicaux des médecins précités. Le SMR et, à sa suite, l'intimé ont d'ailleurs admis qu'on dispose désormais « d'éléments permettant de retenir de façon certaine le diagnostic de syndrome post-poliomyélite », que l'appréciation faite de la situation du recourant est susceptible d'être modifiée, et qu'il faut compléter l'instruction du dossier.

E. 6

a. Un renvoi de la cause à l'autorité décisionnaire pour un complément d'instruction est possible, voire nécessaire, lorsqu'il s'agit de préciser un point d'une expertise administrative ou de demander un complément à des experts, et ce même depuis que le Tribunal fédéral a restreint le choix du juge de ne pas diligenter lui-même une expertise judiciaire lorsque l'instruction doit être complétée pour élucider des faits pertinents appelant l'expertise d'un spécialiste et que l'expertise administrative ne se révèle pas probante (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 ; ATAS/204/2016 du 15 mars 2016 consid. 3b). b. En l'espèce, la solution d'un renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire s'impose pour plusieurs motifs. L'intimé la propose lui-même. Et cela répond à l'une des conclusions (certes subsidiaire) du recours, mais aussi à l'accord du recourant, dans la mesure où ce dernier a déclaré abonder dans le sens d'un renvoi du dossier à l'intimé. On peut admettre qu'il y a transaction dans le sens d'une annulation et d'un renvoi à l'intimé, au sens de l'art. 50 LPGA, aussi applicable en procédure de recours (art. 50 al. 3 LPGA). Peu importe que le recourant vienne de constituer un nouvel avocat. En tout état, dans la mesure où subsisterait – question restant en l'état ouverte – un trouble somatoforme douloureux, il n'y aurait plus lieu d'examiner s'il doit être reconnu invalidant, exceptionnellement, au regard des critères de la jurisprudence, postérieure à l'octroi de la rente AI supprimée par la décision attaquée, à savoir la

A/229/2015 - 22/24 - présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée, l'existence d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable ou d'affections corporelles chroniques, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art en dépit de l'attitude coopérative de l'assuré, l'existence – en cas de comorbidité psychiatrique – d'un état psychique cristallisé résultant d'un processus défectueux de résolution des conflits mais apportant un soulagement du point de vue psychique (ATF 132 V 65 ; 131 V 49 ; 130 V 352). Il faudrait appliquer la nouvelle jurisprudence (ATF 141 V 281), selon laquelle il n'y a plus de présomption que les

syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible ; 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, sur la base d'une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique. Même si cette jurisprudence est postérieure à la prise de la décision attaquée, elle est applicable dans la mesure où cette décision n'est pas entrée en force même si elle a été déclarée exécutoire nonobstant recours. Enfin, il s'agit en l'occurrence en tout état de compléter l'instruction médicale du dossier sur des points importants, comme notamment le syndrome post- poliomyélite, les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, l'atteinte du poignet gauche, les autres tendinopathies. Il importe qu'une décision administrative soit rendue sur ces questions, plutôt qu'elle ne soient tranchées d'emblée en instance de recours. Un renvoi de la cause implique l'annulation de la décision attaquée.

E. 7

La chambre de céans admettra donc le recours, partiellement en tant que sa conclusion principale tendant à la reconnaissance du droit du recourant à une rente entière d'invalidité n'est pas admise (ni d'ailleurs rejetée sur le fond). Elle annulera la décision attaquée (ce qui implique que la rente d'invalidité octroyée au recourant soit versée à ce dernier rétroactivement depuis le jour où elle a été supprimée au bénéficiaire d'un retrait d'effet suspensif), et elle renverra la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire puis nouvelle décision.

E. 8

La procédure n'étant pas gratuite en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI devant le tribunal cantonal des assurances (donc la chambre de céans), en dérogation à l'art. 61 let. a LPGA (art. 69 al. 1bis phr. 1 LAI), il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument, arrêté en l'espèce à CHF 200.- (art. 69 al. 1bis phr. 2 in fine LAI). Le recourant obtenant partiellement gain de cause, une indemnité de CHF 1'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA;

A/229/2015 - 23/24 - art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]), à la charge de l'intimé. Le bénéficiaire de l'assistance juridique n'implique pas qu'une telle indemnité ne doive pas être allouée ; elle est prise en compte par le service de l'assistance juridique, qui en a automatiquement connaissance au moment où il traite l'état de frais que lui adresse le moment venu l'avocat nommé d'office. * * * * *

A/229/2015 - 24/24 - PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Constate que le recours de Monsieur A_____ contre le refus de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 18 décembre 2014 de le faire ré- expertiser par un autre médecin est devenu sans objet. 2. Déclare recevable le recours de Monsieur A_____ contre la décision de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève du 11 février 2015 supprimant son droit à une rente d'invalidité. Au fond : 3. L'admet partiellement. 4. Annule la décision de l'office de l'assurance-invalidité du

canton de Genève du

E. 11

février 2015 supprimant le droit de Monsieur A_____ à une rente d'invalidité. 5. Renvoie la cause à l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève pour instruction complémentaire puis nouvelle décision. 6. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève. 7. Alloue une indemnité de procédure de CHF 1'000.- à Monsieur A_____ à la charge de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève. 8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

Sylvie SCHNEWLIN

Le président

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

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