

## GE\_GERICHTE A/1232/2016 vom 26. Mai 2016

GE Cour de justice, 2016-05-26, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_1232\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_1232_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/1232/2016 du 26 mai 2016

IT: GE\_GERICHTE A/1232/2016 del 26 maggio 2016

### Erwägungen

#### E. 6

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à Genève, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Eric MAUGUÉ recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après : l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1955, était engagée comme aide-soignante depuis le 11 mars 1996 à la résidence Les B\_\_\_\_\_ ; dès le 19 mai 1999, elle a été en incapacité de travail totale et a requis des prestations d'invalidité le 15 mai 2000. [endif]>[if> 2. Le docteur C\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, psychiatre-traitant de l'assurée, a posé le 4 octobre 2000, les diagnostics d'épisode dépressif chronique, trouble de la personnalité atypique probable (traits « dépendante », traits paranoïaques), obésité et conflit dans le cadre de son travail. L'incapacité de travail était totale du 26 mai au 1 er octobre 2000. [endif]>[if> 3. Le docteur D\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, médecin au SMR, a estimé, le 31 octobre 2000, que l'état de santé de l'assurée ne s'était pas encore suffisamment amélioré pour envisager une reprise de travail et proposait une révision à un an. [endif]>[if> 4. L'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière de l'assurance-invalidité depuis le 1 er mai 2000 par décision du 7 septembre 2001. [endif]>[if> 5. En novembre 2003, l'assurée a subi une intervention, soit la pose d'un bypass gastrique. [endif]>[if> 6. Une procédure de révision a été ouverte le 6 juillet 2004. [endif]>[if> 7. Le 21 septembre 2004, le Dr C\_\_\_\_\_ a indiqué un état de santé stationnaire, sans changement sur le plan psychiatrique et un épisode dépressif récurrent ; l'évolution avait été favorable sur le plan de l'obésité (perte pondérale de 40 kg) ; l'incapacité de travail était totale. [endif]>[if> 8. Le 9 octobre 2004, le docteur E\_\_\_\_\_, FMH médecine interne générale, a indiqué une incapacité de travail totale en raison d'une dépression majeure chronique, une obésité morbide (opérée), une fibromyalgie et une PSH chronique de l'épaule droite ; l'état de santé était stationnaire. L'assurée était en invalidité totale ; elle présentait des myalgies permanentes, une dépression majeure persistante et des limitations fonctionnelles du membre supérieur droit. [endif]>[if> 9. Par communication du 17 février 2005, l'office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a informé l'assurée que sa rente entière était maintenue. [endif]>[if> 10. Le 4 novembre 2005, l'assurée a demandé l'octroi d'une allocation pour impotent. [endif]>[if> 11. Le 12 janvier 2006, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué une aggravation de l'état de santé depuis novembre 2003 après la pose d'un bypass gastrique ; l'assurée souffrait de fatigue extrême et de myalgies très importantes et invalidantes ; il a posé les diagnostics de dépression majeure chronique, fibromyalgie invalidante, dorso-lombalgies chroniques (état dégénératif), état après bypass gastrique et PSH épaule droite récidivante. [endif]>[if> 12. Le 23 janvier 2006, le Dr C\_\_\_\_\_ a attesté d'un état stationnaire, une évolution fluctuante avec des aggravations épisodiques ; les limitations fonctionnelles étaient constituées par une perte de l'élan vital,

de la fatigue, des douleurs somatiques et de l'irritabilité ; un examen complémentaire paraissait nécessaire ; le diagnostic était celui de trouble dépressif récurrent, avec syndrome somatique. Il ne pouvait que constater les plaintes subjectives et les réelles capacités étaient difficiles à mesurer.![endif]>![if> 13. Une enquête concernant une éventuelle impotence a été effectuée le 1<sup>er</sup> décembre 2006 concluant à l'octroi d'une allocation pour impotence de degré moyen dès le

## **E. 7**

novembre 2004. L'enquêtrice relève ce qui suit : l'assurée présentait de graves troubles dépressifs et ne voulait pas être hospitalisée ; sans l'aide de ses filles, il paraissait difficile que l'assurée puisse vivre seule chez elle au risque de se laisser dépérir ; il fallait la stimuler pour se vêtir, pour se laver, se soigner, ses filles s'occupaient de ses habits, de son ménage et l'accompagnaient pour sortir. ![endif]>![if> 14. Le 13 juin 2007, la doctoresse F\_\_\_\_\_, du SMR, a rendu un avis estimant qu'une révision du dossier devait être entamée vu l'absence d'éléments médicaux importants au dossier.![endif]>![if> 15. Le 13 août 2007, l'assurée a rempli le questionnaire pour la révision de la rente en indiquant qu'elle était en incapacité totale de travail.![endif]>![if> 16. Le 10 septembre 2007, le Dr C\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI posant les diagnostics de trouble dépressif récurrent avec symptômes somatiques ; il suivait l'assurée depuis le 26 mai 1999 et l'état de santé était stationnaire ; elle se plaignait d'irritabilité, de nervosité, de céphalées, de douleurs ostéo-musculaires généralisées, de trouble de la concentration et de la mémoire, de perte d'élan, de fatigue ; aucune activité n'était exigible.![endif]>![if> 17. Le 14 septembre 2007, le Dr E\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical AI et posé les diagnostics de fibromyalgie invalidante dans un contexte dépressif chronique, état après bypass gastrique en 2003, rachialgies diffuses sur état dépressif ; l'assurée présentait de la fatigue, des myalgies, rachialgies, céphalées permanentes et l'état de santé était stationnaire ; aucune activité n'était exigible.![endif]>![if> 18. Le 28 décembre 2007, le docteur G\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que l'incapacité de travail restait complète et que l'allocation pour impotent de degré moyen était justifiée.![endif]>![if> 19. Par courrier du 22 mai 2008, l'OAI a notifié à l'assurée un projet d'acceptation d'impotence pour une impotence de degré moyen depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2004.![endif]>![if> 20. Par communication du 22 mai 2008, l'OAI a informé l'assurée qu'elle continuait de bénéficier de la même rente.![endif]>![if> 21. Par décision du 9 juillet 2008, l'OAI a alloué à l'assurée une allocation pour impotent de degré moyen depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2004.![endif]>![if> 22. Le 21 mars 2011, l'assurée a rempli le questionnaire pour la révision de l'allocation pour impotent et pour la révision de la rente, en indiquant un état de santé inchangé.![endif]>![if> 23. Le 4 avril 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a rempli un rapport médical intermédiaire AI mentionnant un état de santé stationnaire, une perte d'élan, de l'irritabilité, des troubles de la concentration et des céphalées.![endif]>![if> 24. Le 13 avril 2011, l'assurée a rempli le questionnaire relatif à l'accompagnement pour faire face aux nécessités de la vie.![endif]>![if> 25. Le 3 mai 2011, le Dr E\_\_\_\_\_ a indiqué un état de santé stationnaire, sans changement prévisible.![endif]>![if> 26. Le 24 mai 2011, la Dresse F\_\_\_\_\_ a rendu un avis proposant une expertise bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique.![endif]>![if> 27. Le 18 août 2011, la Dresse F\_\_\_\_\_ a indiqué qu'il convenait de requérir du Dr C\_\_\_\_\_ des informations complémentaires.![endif]>![if> 28. Le 22 septembre 2011, le Dr C\_\_\_\_\_ a précisé que l'assurée vivait repliée, se plaignait sans cesse, présentait de l'irritabilité, de la fatigue, des céphalées et une perte d'initiative.![endif]>![if> 29. A la demande de l'OAI, la doctoresse H\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie – médecine physique et

rééducation, a rendu un rapport d'expertise le 15 novembre 2011.![endif]>![if> L'assurée se plaignait de fatigue, d'asthénie matinale, d'anxiété et d'attaque de panique, de maux de tête continuels avec parfois de la sonophonobie, de vertiges, d'une instabilité à la marche, de paresthésie et d'engourdissement des mains, d'enraidissement des doigts, de douleurs à la hanche gauche, de douleurs dans tout le corps. L'assurée avait classé ses plaintes, par ordre d'importance de la manière suivante : les céphalées, les douleurs cervico-dorso-lombaires prédominantes à droite, les douleurs à l'épaule droite, les douleurs rétro-trochantériennes de la hanche droite et les douleurs aux genoux. Elle a posé les diagnostics suivants avec répercussion sur la capacité de travail : déconditionnement musculaire global profond, tendinopathie calcifiante des tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, asthénie marquée d'origine probablement multifactorielle : iatrogène (médicaments psychotropes et diagnostics psychiatriques établis par la Dresse I\_\_\_\_\_ ) et céphalées de tensions. Les céphalées pouvaient être d'origine multifactorielle, dues à une forte tension psychique, à de la fatigue chronique et à l'abus de paracétamol ; les douleurs musculosquelettiques correspondaient plutôt à un trouble somatoforme invalidant. Il existait des motifs objectifs à certaines douleurs ostéo-articulaires mais l'intensité des douleurs et sa diffusion allaient au-delà de celles attendues habituellement ; il existait une capacité de travail de 50 % dans l'ancienne profession et de 80 % dans une profession plus légère, adaptée ; on ne pouvait envisager actuellement une réadaptation. Au plan physique, les limitations étaient les suivantes : Le déconditionnement musculaire, la fatigabilité importante étaient des obstacles majeurs ; ensuite, la tendinopathie calcifiante de l'épaule droite et la périarthrite de hanche calcifiante. Pour la première limitation des ports de charge à 5 kg, mouvements tenus ou répétitifs en élévation du membre supérieur droit. Pour la deuxième, éviter les positions en squat, la marche sur terrain instable, les mouvements répétitifs de flexion-extension. La profession d'aide-soignante incluait des mobilisations de patients dans le lit, des transferts de lit à la chaise, des toilettes qui provoquaient une surcharge dans la gestuelle sus-abordée. S'agissant de la capacité résiduelle de travail, il existait un déconditionnement musculaire et une fatigabilité importants qui grevaient toute activité. L'assurée pouvait faire tous les gestes, rachis, membres supérieurs et inférieurs mais sans répétition excessive et en restreignant les ports de charge. 30. A la demande de l'OAI, la Dresse I\_\_\_\_\_, FMH psychiatrie et psychothérapie, a rendu un rapport d'expertise le 4 janvier 2012.![endif]>![if> L'assurée se plaignait de crises de panique, de grande fatigue, de démotivation, de trouble de la mémoire, de peurs, de désir de mourir. Elle a posé les diagnostics de trouble de la personnalité, sans précision, décompensé depuis 1999 et, sans répercussion sur la capacité de travail de majoration des symptômes physiques pour des raisons psychiatriques depuis 1999. Il n'y avait pas de trouble de type somatique ou équivalent et les douleurs chroniques n'étaient pas invalidantes selon les critères de la jurisprudence. Elle a noté qu'on devrait considérer que le taux d'incapacité de travail « réel », en lien avec un trouble de personnalité fragile décompensé était de 50 %, mais que le reste de l'incapacité annoncée serait de l'ordre d'une surcharge de plainte, voire d'éléments de simulation. Il était clair que l'expertisabilité médicale touchait ici à ses limites et que d'autres moyens d'investigation devenaient nécessaires pour l'évaluation de ces aspects non médicaux. Sur le plan théorique, en présence d'une surcharge marquée et de bénéfices secondaires de nature non médicale, on pouvait admettre que la capacité de travail résiduelle actuelle permettait d'assumer des tâches simples, sans responsabilités, comme celles que l'assurée effectuait dans son ancien travail. L'ancienne activité ou une activité simple était exigible à 50 %, avec une diminution de rendement de 15 à 20 % due au

déconditionnement. Le retour à l'activité devait être progressif. En l'état actuel, un déconditionnement majeur, la présence de bénéfice secondaire d'ordre non médicaux expliquait le fait qu'une autre activité apparaissait difficile à envisager. 31. Le 23 février 2012, le docteur J\_\_\_\_\_, FMH rhumatologie, a attesté avoir examiné l'assurée le 21 février 2012, laquelle présentait une situation en lente péjoration depuis trois à quatre ans. Il relève ce qui suit : « Mme A\_\_\_\_\_ souffre d'un syndrome douloureux chronique depuis plus de 15 ans, probablement en lien avec un syndrome dépressif grave, qui semble actuellement stabilisé. Aujourd'hui, la douleur prédomine au niveau de l'épaule droite et j'ai été frappé par la tuméfaction articulaire très douloureuse de l'articulation acromio-claviculaire et sterno-claviculaire qu'on peut mettre en relation avec des lésions dégénératives importantes décrites sur les rapports des ultrasons en relation avec des micro-cristaux. Le syndrome douloureux au niveau de l'épaule droite s'étend également au niveau de la première côte et des cartilages sterno-costaux. On peut bien imaginer qu'un élément mécanique entretient ce syndrome douloureux qu'un traitement de mobilisation articulaire pourrait être entrepris mais avec des résultats probablement mitigés en raison des lésions dégénératives. Les rapports échographiques des épaules retiennent des images de micro-cristaux au niveau des tendons de la coiffe. J'ai été frappé par la localisation douloureuse au niveau des tendons notamment au niveau des adducteurs et au niveau des TFL qui me fait retenir une tendinopathie microcristalline plutôt qu'une fibromyalgie. J'ai été intrigué par les douleurs des mains qui sont parfois très violentes : des radiographies des 2 mains de face n'ont pas montré de lésions articulaires ou osseuses. Je n'ai pas vu d'images de cristaux de pyrophosphates. Ces constatations m'évoquent plutôt une tendinopathie microcristalline probablement à hydroxyapatite et moins une fibromyalgie. La bonne réponse des infiltrations confirmerait plutôt ce diagnostic et il me paraît judicieux de les répéter de temps en temps. Ce diagnostic justifierait également un traitement épisodique d'AINS dans la mesure où il est toléré. Le traitement de Lyrica semble soulager beaucoup la patiente et doit être poursuivi. On pourrait essayer un traitement de magnésium et un traitement de colchicine qui serait susceptible de diminuer ce syndrome douloureux. »

32. Le 28 juin 2012, la Dresse F\_\_\_\_\_ a estimé que, du point de vue psychiatrique la baisse de rendement ne pouvait pas être prise en compte puisque la reprise d'une activité professionnelle allait se faire de manière progressive et l'assurée allait se reconditionner en parallèle ; tous les employeurs savaient que le rendement n'était pas de 100 % lors de la prise d'emploi ; l'assurée ne présentait plus de trouble dépressif depuis 2004 et un trouble de la personnalité non spécifié et non décompensé ; la capacité de travail était de 50 % dans l'ancienne activité et dans une activité adaptée depuis 2004 au moins.

33. Le 12 décembre 2012, une enquête relative à l'allocation pour impotence a conclu au fait que le besoin d'aide décrit par l'assurée n'était pas compatible avec les diagnostics retenus par l'expertise psychiatrique et les conclusions du SMR ; ce besoin était lié à l'histoire familiale et au mode de fonctionnement qui en avait découlé.

34. Par projet de décision du 3 janvier 2013, confirmé par décision du 18 février 2013, l'OAI a supprimé l'allocation pour impotent.

35. Le 19 juillet 2013, l'OAI a fixé le taux d'invalidité de l'assurée à 58,2 %.

36. Par projet d'acceptation de rente du 4 octobre 2013, l'OAI a réduit la rente entière d'invalidité à une demi-rente.

37. Le 12 novembre 2013, l'assurée, représentée par un avocat, a écrit à l'OAI que les expertises ne remplissaient pas les conditions pour leur accorder une quelconque valeur probante, notamment celle de la Dresse I\_\_\_\_\_ et que son taux d'invalidité était de 100 %.

38. Le 5 décembre 2013, la Dresse

F\_\_\_\_\_ a rendu un avis selon lequel elle proposait de réaliser une expertise pluridisciplinaire via Med@p qui devrait déterminer si l'assurée présentait une amélioration manifeste de son état de santé depuis août 2000. « Volet MI-rhumato-neuro-psy ». 39. Le 6 décembre 2013, l'OAI a écrit à l'assurée qu'il était nécessaire de clarifier son droit aux prestations en effectuant un examen médical approfondi (médecine interne, rhumatologie, neurologie, psychiatrie) auprès d'un centre d'expertises médicales et communiqué les questions aux experts. 40. Le 16 décembre 2013, l'assurée, représentée par un avocat, a écrit à l'OAI qu'elle s'opposait à la mise en œuvre d'une expertise pluridisciplinaire et invitait l'OAI à rendre une décision formelle sujette à recours. Elle a relevé que lors des trois révisions effectuées, les appréciations médicales avaient uniquement porté sur les aspects rhumatologiques et psychiatriques ; son courrier du 12 novembre 2013 se limitait à contester la valeur probante des deux expertises évoquées, en particulier l'aspect psychiatrique et ne prétendait pas que d'autres expertises devaient être mises en œuvre ; une telle mesure d'instruction, qui court-circuitait le droit de participation de l'assurée dans la désignation d'un éventuel nouvel expert psychiatre, n'était pas justifiée ; l'OAI ne faisait valoir aucun argument pour s'écarter des expertises rendues si ce n'était de se référer aux observations de l'assurée qui se limitait à en contester la valeur probante. L'OAI devait expliquer pourquoi il considérait que les expertises étaient soudainement dénuées de valeur probante. 41. Le 30 janvier 2014, la Dresse F\_\_\_\_\_ a estimé que pour être le plus complet possible dans l'appréciation de la capacité de travail de l'assurée, il semblait nécessaire d'obtenir une expertise pluridisciplinaire avec volet neurologique afin d'évaluer si les céphalées influençaient la capacité de travail ; la voie Med@p était retenue car aucun centre ou expert indépendant ne procédait à une expertise tri-disciplinaire, ni bidisciplinaire. 42. Par décision incidente du 4 avril 2014, l'OAI a confirmé l'ordonnance d'une expertise pluridisciplinaire au motif que le SMR avait estimé qu'il était nécessaire de faire une évaluation neurologique afin d'évaluer si les céphalées influençaient la capacité de travail ; la voie Med@p était retenue car aucun centre ou experts indépendants ne procédaient à une expertise tri-disciplinaire ni bidisciplinaire ; dans la mesure où l'assurée contestait la valeur probante des expertises des Dr H\_\_\_\_\_ et I\_\_\_\_\_, la mise en place d'une nouvelle expertise multidisciplinaire allait dans le sens des objections de l'assurée ; il ne s'agissait pas d'une seconde opinion puisque le SMR contestait également la valeur probante de l'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_. 43. Le 21 mai 2014, l'assurée a recouru auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice à l'encontre de la décision précitée en concluant à son annulation, à la constatation que l'OAI n'était pas fondé à procéder selon l'art. 72 bis RAI et au renvoi du dossier à l'OAI pour une éventuelle poursuite de l'instruction sur révision. Préalablement, elle a requis la production de l'avis du SMR du 4 avril 2014 et l'audition de la Dresse F\_\_\_\_\_. L'acharnement de l'OAI confinait à l'abus de droit dès lors que des révisions avaient eu lieu en 2004, 2007 et 2011. Le SMR avait estimé que les deux expertises mises en œuvre lui permettaient d'apprécier médicalement la situation, hormis la baisse de rendement dont avait fait état l'expert psychiatre ; l'OAI ne pouvait, sans motivation sérieuse, ordonner des expertises complémentaires ; lors des deux premières révisions, seul l'aspect psychiatrique avait été investigué ; le SMR ne motivait pas l'ajout d'autres disciplines médicales. 44. Le 19 juin 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours en relevant que les révisions étaient effectuées, selon la CIIAI, régulièrement, soit tous les trois à cinq ans ; le SMR s'était écarté des conclusions de l'expert psychiatre et avait suggéré une expertise pluridisciplinaire

(médecine interne, psychiatrie, rhumatologie et neurologie). La recourante s'y était opposée alors même qu'elle contestait la valeur probante des expertises ; elle s'opposait à l'ajout de certaines disciplines. Or, l'aspect médecine interne et rhumatologie était justifié au regard des diagnostics évoqués lors de l'expertise du 15 novembre 2011 et l'aspect neurologique l'était au regard des céphalées évoquées par la recourante. Celle-ci n'expliquait pas en quoi les disciplines retenues n'étaient pas appropriées ; l'assurée était contradictoire car elle contestait la valeur probante de l'expertise tout en s'opposant à une nouvelle expertise.!

45. Le 30 juin 2014, la chambre de céans a entendu les parties en audience de comparution personnelle. !

La recourante a déclaré : « Depuis que j'ai obtenu ma rente AI, mon état de santé s'est empiré. J'ai des jours meilleurs et des jours pires. Je vis seule chez moi, mais mes filles passent tous les jours pour me faire à manger. La femme de ménage de l'une de mes filles passe également pour faire le ménage chez moi. Je reste à la maison la journée et je ne sors qu'avec mes filles. Je n'aime pas sortir car je trouve que tout le monde me regarde. Je vois également tout bouger. J'ai tout le temps des vertiges. J'ai des crises d'angoisse avec des difficultés à respirer, je prends du Temesta et je dors ensuite. J'ai parfois de migraines mais pas tous les jours. Celles-ci étaient déjà présentes lors de l'octroi de ma rente d'invalidité. Ce n'est pas nouveau. Vous me demandez si j'ai été hospitalisée en 2006 mais je ne m'en rappelle pas. Je ne pense pas. J'ai dû me rendre deux fois chez l'expert rhumatologue car je n'ai pas réussi à tenir assez longtemps la première fois. Je suis restée seulement 10 minutes avec la Dresse I\_\_\_\_\_. Je ne peux pas appeler cela une expertise. Elle ne m'a presque pas posé de questions ». Le représentant de l'OAI a déclaré : « Nous avons demandé une expertise en médecine interne car cette discipline est quasi systématiquement ajoutée lorsqu'une expertise pluridisciplinaire est décidée, c'est-à-dire qui comporte trois domaines de la médecine. Le SMR préconise cette méthode en cas d'expertise pluridisciplinaire. Nous estimons que toutes les affections de Mme A\_\_\_\_\_ concernent ce domaine. S'agissant de l'expertise rhumatologique je pense que le SMR a estimé que vu la nécessité de procéder à une nouvelle expertise psychiatrique, il convenait de réinvestiguer tous les autres aspects pour voir toutes les interactions entre les différentes pathologies. Nous contestons le fait qu'une nouvelle expertise rhumatologique soit une seconde opinion dès lors que nous cherchons à investiguer les différentes pathologies par le biais d'une expertise pluridisciplinaire. Nous maintenons la nécessité d'effectuer une expertise pluridisciplinaire ». 46. Par arrêt du 25 août 2014 ( ATAS/958/2014 ), la chambre de céans a admis le recours et renvoyé la cause à l'OAI, dans le sens des considérants, soit pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, voire neurologique, en respectant un choix consensuel des experts.!

47. Par communication du 6 octobre 2014, l'OAI a informé l'assurée qu'une expertise serait confiée aux docteurs K\_\_\_\_\_ (psychiatrie) et L\_\_\_\_\_ (neurologie).!

48. Le 16 octobre 2014, l'assurée a contesté le choix unilatéral des experts.!

49. Le 21 octobre 2014, l'OAI a imparti un délai à l'assurée pour fournir le nom d'experts.!

50. Le 3 novembre 2014, l'assurée a proposé que l'expertise soit confiée à un hôpital universitaire.!

51. Le 25 novembre 2014, le SMR a proposé le docteur M\_\_\_\_\_ pour l'expertise neurologique.!

52. Par communication du 15 décembre 2014, l'OAI a informé l'assurée que l'expertise serait confiée aux Drs K\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_.!

53. Le 22 décembre 2014, le docteur N\_\_\_\_\_, FMH radiologie, a pratiqué une infiltration de la bourse sous-acromiale droite. Une échographie de l'épaule droite du 22 décembre 2014 a conclu à une péjoration du status avec mise en évidence par rapport à l'échographie de l'épaule droite de 30 janvier

2012, d'une rupture complète du tendon supra-épineux distal et antérieur associée à des signes de bursite sous-acromiale.![endif]>![if> 54. Le 23 décembre 2014, l'assurée a maintenu sa demande, soit la mise en œuvre d'une expertise auprès d'un centre hospitalier universitaire.![endif]>![if> 55. Par décision incidente du 16 janvier 2015, l'OAI a confié l'expertise aux Drs K\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_.![endif]>![if> 56. Le 1<sup>er</sup> mai 2015, le docteur O\_\_\_\_\_, FMH pneumologie et médecine interne générale, a posé le diagnostic de syndrome d'apnées du sommeil léger pouvant favoriser la symptomatologie (troubles du sommeil, somnolence diurne).![endif]>![if> 57. Un rapport d'IRM cérébrale du 18 mai 2015 conclut à plusieurs petites lésions hyperintenses en T2 et FLAIR évoquant en premier lieu des atteintes de type microangiopathie.![endif]>![if> 58. Le 28 mai 2015, le docteur P\_\_\_\_\_, FMH neurologie, a attesté d'un tremblement essentiel persistant. ![endif]>![if> 59. Le 4 septembre 2015, le Dr M\_\_\_\_\_ a rendu son rapport d'expertise. L'assurée se plaignait d'un état dépressif depuis 1999, de douleurs multiples du rachis, des extrémités, de l'épaule droite avec limitation fonctionnelle, ainsi que de douleurs à la hanche droite, de maux de tête depuis 1999 s'accompagnant d'une hyperpathie de contact et parfois de nausées, vomissements et flou visuel, de sensations vertigineuses avec manque d'équilibre, de manque de force, de fatigue, fatigabilité, de troubles du sommeil, de la mémoire et de concentration. La description des troubles était peu claire et variable.![endif]>![if> L'examen clinique mettait en évidence un tremblement permanent de la tête et des membres supérieurs, sans éléments pour une maladie de Parkinson, des phénomènes de lâchage liés à des éléments tendineux, sans atteinte neurologique, l'absence d'atteinte cérébelleuse ou sensitive, des douleurs aux membres d'origine non neurologique ; les céphalées étaient tensionnelles et ne pouvaient être qualifiées de migraines ; les plaintes évoquaient des phénomènes de somatisation sans atteinte neurologique stricto sensu ; une pathologie du système locomoteur, notamment s'agissant de l'épaule droite, était possible. Il n'y avait pas, du point de vue neurologique, d'incapacité de travail, les céphalées tensionnelles, les douleurs et troubles sensitivo-moteur des extrémités et le trémor essentiel n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail. L'expert a pratiqué un échodoppler le 24 août 2015, concluant à un examen ultrasonographique des vaisseaux précérébraux et sous-claviers sans anomalie significative tant à l'enregistrement Doppler qu'à l'échotomographie, et un électroencéphalogramme le 24 août 2015 concluant à un examen à considérer comme dans les limites de la norme, bien que révélant une discrète bradydysrythmie irritative diffuse, sans figure épileptogène stricto sensu, sans latéralisation ni localisation. 60. Le 22 septembre 2015, une IRM de l'épaule droite a conclu à une rupture complète du tendon supra-épineux et de la partie distale et antérieure du tendon infra-épineux avec rétraction du tendon supra-épineux de stade I associée à un œdème sous-cortical du trochiter. Tendinopathie du long chef du biceps au niveau de sa portion intra-capsulaire et lésion partielle de la partie distale et supérieure du tendon subscapulaire. Atrophie volumique du muscle infra-épineux et infiltration de stade I du muscle supra-épineux selon Goutalier. Arthropathie acromio-claviculaire.![endif]>![if> 61. Le 29 octobre 2015, le docteur Q\_\_\_\_\_, FMH chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur, a attesté d'une déchirure de la coiffe des rotateurs supérieure accompagnée par une arthropathie acromio-claviculaire symptomatique. Une arthroscopie pouvait être proposée. ![endif]>![if> 62. Le 6 novembre 2015, le Dr K\_\_\_\_\_ a rendu un rapport d'expertise. L'assurée se plaignait de crises d'angoisse, de douleurs, de tremblements, de maux de tête, de tristesse, de pleurs, de manque d'énergie, de confiance en elle, d'idées de suicide, de troubles du sommeil, de diminution de l'appétit, de perte de la libido, trouble de la mémoire /

concentration. Il a posé les diagnostics, avec répercussion sur la capacité de travail, de trouble de la personnalité, sans précision (F60.9), présent depuis l'adolescence, et sans répercussion sur la capacité de travail, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F33.00), présent depuis 1999, et de trouble panique (F41.0), présent depuis plusieurs années. L'assurée était contradictoire dans ses propos, avait un discours flou, évasif ; il existait une démonstrativité, une théâtralité et une hyper expressivité émotionnelle ; elle ne présentait pas de comportement algique à observation clinique. Le trouble de la personnalité entraînait une limitation de la capacité de travail de 50%, dans toute activité, depuis début 2001, en raison d'un état de régression (passivité, dépendance), d'une labilité émotionnelle, d'histrionisme et les difficultés sociales que cela entraînait.!

63. Le 13 novembre 2015, le Dr R\_\_\_\_\_, du SMR, a estimé que les expertises neurologique et psychiatrique étaient convaincantes, mais que l'amélioration constatée par le Dr K\_\_\_\_\_ ne pouvait être admise que dès 2003.!

64. Par décision du 9 mars 2016, l'OAI a réduit la rente de l'assurée, dès le 1<sup>er</sup> mai 2016, à une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50% ; des mesures professionnelles n'étaient pas indiquées car l'activité d'aide-soignante était exigible. Il était mentionné qu'un recours contre la décision n'aurait pas d'effet suspensif.!

65. Le 22 mars 2016, le Dr C\_\_\_\_\_ a rendu un avis faisant suite à l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_. Il avait vu l'assurée la première fois le 27 mai 1999 ; elle avait dû être hospitalisée en entrée non volontaire et les IUPG avaient estimé qu'elle était en incapacité de travail de longue durée ; le Dr K\_\_\_\_\_ évoquait des rémissions complètes dans le diagnostic de dépression récurrente, alors qu'elle avait présenté une dépression chronique ; il avait toujours constaté beaucoup de symptômes dépressifs ; elle avait présenté des traits de personnalité paranoïaque au moment de son conflit au travail, pas des traits de personnalité évitant et histrionique, celui-ci pouvant expliquer la dramatisation de sa souffrance et celle-ci étant aussi la conséquence d'une faiblesse narcissique. La souffrance de l'assurée, exposée précocement à la brutalité du travail infertile, puis à la violence conjugale et à de graves problèmes familiaux, était bien réelle. Elle se focalisait sur son moi souffrant ; après avoir fait un effondrement narcissique, elle était très vite perturbée par les moindres stimuli ; même les experts du SMR avaient rendu des avis contraires, le Dr G\_\_\_\_\_ estimant une capacité de travail nulle et la Dresse F\_\_\_\_\_ de 50%.!

66. Le 22 avril 2016, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision de l'OAI du 9 mars 2016 en concluant, préalablement, à la restitution de l'effet suspensif au recours et à l'ordonnance de mesures d'instruction et, principalement, à l'annulation de la décision. !

La réduction de la rente d'invalidité la plaçait dans une situation précaire, car elle ne disposait que de cette rente comme revenu et d'une rente du deuxième pilier, de sorte que l'effet suspensif devait être restitué. Il convenait de déterminer si son état de santé s'était amélioré depuis le 22 mai 2008, date du dernier examen matériel de son droit à la rente par l'intimé ; or, son état psychique était resté stationnaire et son état physique s'était aggravé au niveau de son épaule droite. Les Drs C\_\_\_\_\_ et E\_\_\_\_\_ avaient attesté en 2011 d'un état de santé stationnaire et le Dr J\_\_\_\_\_ avait évoqué, en 2012, un syndrome dépressif grave. L'expertise de la Dresse I\_\_\_\_\_ n'était pas probante ; elle ne s'était pas prononcée de manière convaincante sur la capacité de travail et avait évoqué une amélioration de la capacité de travail dès 2004, alors qu'une aggravation avait été constatée à cette époque, par l'octroi d'une allocation pour impotent de degré moyen, dès janvier 2004. L'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ n'était pas non plus probante ; celui-ci constatait un trouble de la personnalité présent depuis l'adolescence et

incapacitant à hauteur de 50%, alors qu'elle avait travaillé jusqu'à l'âge de 43 ans et n'ait tout trouble dépressif incapacitant, alors qu'elle avait été hospitalisée en 1999 en raison de ce trouble ; l'expert illustre ses propos avec des exemples fallacieux ; le Dr C\_\_\_\_\_ avait critiqué l'expertise du Dr K\_\_\_\_\_ de façon convaincante. L'expert admettait une amélioration rétrospective de l'état de santé dès 2001, sans motivation convaincante, étant rappelé qu'elle avait subi une pose d'un bypass gastrique en 2003 qui avait aggravé son état de santé ; l'expert n'avait attesté d'aucune amélioration de l'état de santé de la recourante depuis le 22 mai 2008. Du point de vue physique, vu les limitations citées par la Dresse H\_\_\_\_\_, une capacité de travail comme aide-soignante paraissait irréaliste, de surcroît compte tenu d'une aggravation des troubles de l'épaule droite ; elle était totalement incapable de travailler ; de surcroît, âgée de 60 ans au moment de la notification de la décision de réduction de la rente, on ne pouvait attendre d'elle qu'elle se reconvertisse professionnellement. 67. Le 10 mai 2016, l'OAI a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif au recours, au motif que la situation financière difficile dans laquelle se trouvait l'assurée n'était pas un élément déterminant ; quant aux chances de succès du recours, elles ne faisaient pas aucun doute ; enfin, il existait un risque important que l'assurée ne puisse pas rembourser les prestations qui seraient versées à tort. 68. Le 26 mai 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif, d'une part, que la communication du 22 mai 2008 ne reposait pas sur une évaluation matérielle des faits, de sorte qu'elle ne pouvait pas servir de base de comparaison avec la situation existant au jour de la suppression de la prestation, d'autre part, que les expertises des Drs M\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ étaient probantes et que l'âge de l'assurée ne l'empêchait pas d'exercer son activité habituelle d'aide-soignante.

EN DROIT 1. a) Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA, les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré. b) Selon l'art. 11. OPGA, l'opposition a un effet suspensif, sauf si un recours contre la décision prise sur opposition n'a pas d'effet suspensif de par la loi (let. a), si l'assureur a retiré l'effet suspensif dans sa décision (let. b), si la décision a une conséquence juridique qui n'est pas sujette à suspension (let. c ; al. 1). L'assureur peut, sur requête ou d'office, retirer l'effet suspensif ou rétablir l'effet suspensif retiré dans la décision. Une telle requête doit être traitée sans délai (al. 2). La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral. Est réservé l'art. 97 LAVS relatif au retrait de l'effet suspensif pour les recours formés contre les décisions des caisses de compensation. Aux termes de l'art. 97 LAVS, applicable par analogie à l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 66 LAI (dispositions applicables en l'espèce, dans leur nouvelle teneur en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2003), la caisse de compensation peut, dans sa décision, prévoir qu'un recours éventuel n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire; au surplus, l'art. 55 al. 2 à 4 PA est applicable. D'après la jurisprudence relative à l'art. 55 al. 1 PA, à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt P. du 24 février 2004, I 46/04), la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité

appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références; ATFA du 19 septembre 2006, I 439/06). S'agissant des prévisions sur l'issue du litige, le Tribunal fédéral a jugé, dans un cas I 439/06 du 19 septembre 2006, qu'elles ne présentent pas pour l'assurée, un degré de certitude suffisant pour qu'elles soient prises en considération ; les avis divergeaient aussi bien sur la situation médicale concrète de l'assurée que sur l'appréciation de sa capacité résiduelle de travail, rendant l'issue du litige tout à fait incertaine ; seul un examen détaillé des pièces médicales versées au dossier permettrait de répondre à la question de savoir si la révision du droit à la rente était justifiée. Ainsi, l'intérêt de l'assurance-invalidité à réduire, même à titre provisoire, le montant de ses prestations l'emportait sur celui de l'assurée à percevoir une rente entière d'invalidité durant la durée de la procédure ; le retrait de l'effet suspensif par l'autorité était par conséquent justifié. b) Dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée, il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 p. 507 et les références; voir également arrêt I 267/98 du 22 octobre 1998, in VSI 2000 p. 184; HANSJÖRG SEILER, in Praxiskommentar zum VwVG, n° 103 ad art. 55 PA). Dans ce contexte, la jurisprudence a également précisé que le retrait de l'effet suspensif survenant dans le cadre de la suppression ou de la diminution d'une rente décidée par voie de révision devait également couvrir la période d'instruction complémentaire prescrite par renvoi de l'autorité de recours jusqu'à la notification de la nouvelle décision, sous réserve d'une éventuelle ouverture anticipée potentiellement abusive de la procédure de révision (ATF 129 V 370 et 106 V 18 ; voir également arrêt 8C\_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4, in SVR 2011 IV n° 33 p. 96). 2. En l'espèce, l'intimé, dans la décision litigieuse, a considéré que l'état de santé de la recourante s'était amélioré, de telle sorte qu'elle avait recouvré une capacité de travail de 50% ; il s'est fondé pour cela sur les expertises des Drs M\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, le premier concluant à une capacité de travail totale, du point de vue neurologique, et le second, à une capacité de travail de 50% depuis début 2001. Le SMR a précisé, le 13 novembre 2015, que les expertises étaient pleinement convaincantes, mais que, contrairement à l'avis du Dr K\_\_\_\_\_, on ne pouvait attester une nette amélioration de l'état clinique de l'assurée qu'en 2003, suite à l'intervention bariatrique. L'intimé a ainsi considéré que l'amélioration de l'état de santé de la recourante était documentée depuis 2003. La

recourante se prévaut du fait que l'intimé a procédé au dernier examen matériel du droit à sa rente d'invalidité le 22 mai 2008, et qu'aucune amélioration de son état de santé n'a été constatée par les experts postérieurement au 22 mai 2008, ce d'autant que les expertises des Drs I\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_ n'apportent aucune valeur probante. L'intimé conteste le fait que la communication du 22 mai 2008 repose sur une évaluation matérielle des faits et en conclut que la situation de la recourante au jour de la réduction de la prestation doit être comparée avec l'état de fait existant lors de l'octroi initial de la rente. La chambre de céans constate que cette question devra faire l'objet d'un examen pour déterminer si c'est à juste titre que l'intimé a constaté, en particulier sur la base de l'expertise psychiatrique qu'elle a ordonné, une amélioration de l'état de santé de la recourante juridiquement déterminante ; par ailleurs, la valeur probante des expertises des Drs K\_\_\_\_\_ et M\_\_\_\_\_ devra également être examinée. Au demeurant, on doit considérer que les prévisions sur l'issue du litige ne présentent pas un degré de certitude suffisant pour qu'elles soient prises en considération, une instruction complémentaire étant vraisemblablement nécessaire. Ainsi, l'intérêt de l'intimé à réduire immédiatement sa prestation l'emporte sur celui de la recourante à percevoir une rente entière d'invalidité, étant relevé que l'argument de la recourante selon lequel la réduction de sa rente d'invalidité la placerait dans une situation précaire, n'est pas, selon la jurisprudence précitée, un élément favorable dans la pesée des intérêts en présence ; en application de la jurisprudence précitée, il est en effet à craindre dans un tel cas que si la recourante n'obtient pas gain de cause, la procédure en restitution des prestations reçues à tort ne se révèle infructueuse. 3. Au vu de ce qui précède, la requête en restitution de l'effet suspensif au recours sera rejetée et la suite de la procédure réservée. [endif]>[if> PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant sur incident

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