

GE_GERICHTE A/229/2015 vom 30. August 2016

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

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_229_2015

FR: GE_GERICHTE A/229/2015 du 30 août 2016

IT: GE_GERICHTE A/229/2015 del 30 agosto 2016

Erwägungen

E. 2

ème Chambre En la cause Monsieur A_____, domicilié à GENÈVE, comparant avec élection de domicile en l'étude de Maître Pierre GABUS recourant contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Monsieur A_____ (ci-après : l'assuré ou le recourant), né le _____ 1960, d'origine italienne, marié, domicilié en Suisse et dans le canton de Genève depuis de nombreuses années, a exercé des activités professionnelles surtout dans la restauration. Il avait contracté une poliomyélite durant son enfance. ![/endif]>![if> 2. Le 1 er mars 1999, l'assuré a demandé des prestations de l'assurance-invalidité (ci-après : AI) en invoquant des lombalgies, dont les premières s'étaient manifestées en 1988 à la suite d'un violent effort et qui étaient ensuite apparues de façon intermittente à la suite d'efforts, de positions prolongées ou de mouvements brusques. Il était en incapacité de travail depuis le 28 septembre 1998. ![/endif]>![if> 3. La capacité de travail de l'assuré a fait l'objet d'appréciations divergentes : de 50 % durant un mois puis de 100 % comme chef de cuisine affecté à des tâches d'organisation et d'administration (rapport du 1 er février 1999 du docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi, l'assuré étant au chômage depuis le 13 juillet 1998), de 100 % dans un travail sans port de charges ni station prolongée (rapport du 17 mars 1999 du docteur C_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique), de 0 % comme chef de cuisine sans précision quant à une éventuelle capacité de travail dans une activité adaptée (rapport du 29 mars 1999 du docteur D_____, chiropraticien). ![/endif]>![if> 4. Au cours d'un stage d'évaluation effectué par l'assuré du 21 juin au 16 juillet 1999 au Centre d'observation professionnelle de l'AI, les maîtres de réadaptation et le médecin-conseil dudit centre ont estimé qu'il n'y avait pas de contre-indications physique à ce que l'assuré exerce une activité professionnelle adaptée, à temps plein et avec un rendement complet, mais que la situation était bloquée par des éléments psychologiques ; il était ainsi inapte à être réadapté ; une expertise psychologique apparaissait indiquée (rapport du 5 août 1999 du directeur du COPAI et du docteur E_____, spécialiste FMH en médecine interne). Ayant revu l'assuré après ce stage, le Dr B_____ l'a estimé cette fois-ci « totalement invalide définitivement » (lettre du 13 avril 2000 dudit médecin au Dr D_____). ![/endif]>![if> 5. Dans son rapport d'expertise psychiatrique du 7 juin 2000, sur mandat de l'office de l'AI (ci-après : OAI), la doctoresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu le diagnostic, sans effet sur la capacité de travail, de majoration de symptômes physiques pour des raisons psychologiques (CIM 10 / F 68.0). ![/endif]>![if> 6. Suivant l'avis du docteur G_____, médecin de l'AI, du 21 juin 2000, l'OAI a établi, le 3 août 2000, un projet de décision aux termes duquel l'assuré avait été en incapacité d'exercer son activité de chef de cuisine depuis le 28 septembre 1998, mais une activité plus légère était exigible de sa part dès le 1 er mars 1999. Une comparaison des revenus faisait

apparaître une perte de gain de l'ordre de 25 %, voire de 37 %, n'ouvrant pas le droit à une rente d'invalidité. Selon un second projet de décision, du 4 août 2000, l'exercice durable d'une activité professionnelle était possible malgré l'atteinte à la santé sans que des mesures professionnelles ne soient nécessaires. L'OAI allait ainsi lui refuser tant une rente que des mesures professionnelles. 7. À la suite d'interventions du Dr B_____ des 14 août et 21 septembre 2000, l'OAI a soumis l'assuré à une expertise rhumatologique, confiée au docteur H_____, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine physique, qui a rendu son rapport d'expertise le 18 mai 2001. Les diagnostics posés étaient ceux de lombalgies chroniques sur anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée avec discopathie à ce niveau et arthrose interfacettaire, de périarthrite scapulo-humérale droite et discret syndrome cervical, d'excès pondéral et de tabagisme. L'assuré souffrait réellement du dos ; les positions assises et debout prolongée étaient néfastes ; il devait changer souvent de position. Une activité à plein temps comme chef de cuisine, comportant de toute façon des efforts, n'était pas compatible avec sa pathologie; on pouvait retenir une capacité résiduelle de travail de 50 % dans une activité du même type mais moins pénible (comme gérant dans la restauration ou comme administrateur dans le domaine hôtelier). 8. L'expert rhumatologue H_____ ayant relevé une amyotrophie discrète du quadriceps droit dont l'origine pouvait être une touche radiculaire, l'assuré a été adressé au docteur I_____, spécialiste FMH en neurologie. Selon le rapport de ce dernier, du 12 juillet 2001, un neurologue avait conclu, dix ans plus tôt, à une atteinte de type chronique dans les muscles ilio-psoas et quadriceps droits en relation avec une ancienne poliomyélite. L'examen ENMG ne montrait pas d'atteinte radiculaire lésionnelle au membre inférieur droit, mais suggérait la présence d'une atteinte chronique de type central à l'origine de la faiblesse du quadriceps ; une stimulation magnétique pourrait être effectuée pour attester définitivement d'une anomalie de conduction centrale à destination du membre inférieur droit ; l'aggravation de la faiblesse pourrait être attribuée à un syndrome post-polio. S'agissant des lombalgies, elles étaient sans signes de lésions radiculaires. 9. Dans un nouveau projet de décision du 23 novembre 2001, et un prononcé du 2 avril 2002, l'OAI a indiqué admettre que l'assuré n'était pas en mesure d'exercer une activité professionnelle à un taux de plus de 50 %. Une demi-rente de l'AI lui serait reconnue à partir du 1^{er} septembre 1999, sur la base d'un degré d'invalidité de 60 %. D'après un prononcé du 3 avril 2002, l'exercice d'une activité sérielle, raisonnablement exigible à 50 %, ne nécessitait pas de formation préalable ; des mesures professionnelles seraient rejetées. 10. L'appréciation que l'assuré aurait une capacité de travail résiduelle de 50 % a été mise en doute, voire contestée, par le Dr C_____, déclarant voir « difficilement comment (l'assuré) pourrait reprendre une activité professionnelle, que la cause soit mécanique ou psychosomatique » (lettre du Dr B_____ du 2 juillet 2002), et par le Dr B_____, selon lequel l'état de santé de l'assuré s'était aggravé depuis que le Dr H_____ l'avait examiné (d'ailleurs conformément au pronostic de ce dernier) et qui voyait mal comment l'assuré « pourrait fournir une activité, aussi légère et dépourvue de tout effort soit-elle, avec son syndrome douloureux lombaire dont les rémissions (étaient) de plus en plus courtes entre les séances de manipulation du Dr D_____ ». Après deux consultations ambulatoires, les 14 et 28 août 2002, le docteur J_____, médecin-chef de clinique à la consultation de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG), a relevé, dans son rapport du 29 août 2002, que l'assuré présentait des lombalgies communes chroniques, s'aggravant depuis de longues années malgré une prise en charge adéquate, ayant évolué sous forme d'un syndrome douloureux chronique à caractère

invalidant, l'examen clinique ne montrant qu'un léger syndrome lombo-vertébral et le bilan radiologique qu'une lombalisation de S1, sans protrusion ni hernie discale, sans troubles dégénératifs ni canal étroit. L'assuré présentait aussi une symptomatologie neurologique, qui était vraisemblablement un syndrome post-poliomyélitique s'aggravant et aggravant la symptomatologie clinique (élément non diagnostiqué par le Dr H_____ en mai 2001).

Aucune activité professionnelle n'apparaissait plus possible !

Réinterrogé, l'expert rhumatologue H_____ a estimé, dans un nouveau rapport d'expertise du 25 novembre 2002, qu'il y avait eu aggravation notable et objective de l'état de santé de l'assuré depuis l'expertise de mai 2001, en ce qui concernait autant les rachialgies que la récente atteinte de la colonne cervicale et des épaules et, surtout, en tenant compte de l'atteinte post-poliomyélitique alors non mentionnée. La capacité de travail de l'assuré devait être évaluée à 0 %, depuis une date difficile à évaluer. !

Conformément à l'avis du docteur K_____ du SMR du 13 mars 2003, l'OAI a soumis l'assuré à une expertise pluridisciplinaire, qui a été réalisée à la Clinique romande de réadaptation (ci-après : CRR), où l'assuré a séjourné du 1^{er} au 4 septembre 2003.

L'anamnèse et l'examen clinique ont été faits par le docteur M_____, l'expertise psychiatrique par le docteur L_____, l'expertise neurologique par le docteur Dr N_____ et l'observation en ateliers professionnels par Monsieur O_____. Le rapport d'expertise date du 8 septembre 2003. Les diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail étaient ceux de trouble somatoforme douloureux persistant (F 45.4) et de trouble mixte de la personnalité (F 61.0) à traits quérulents (F 60.0) et anankastiques (F 60.5), et ceux sans répercussion sur la capacité de travail étaient une amyotrophie de la cuisse droite d'origine incertaine, une anomalie de la charnière lombo-sacrée (vertèbre transitionnelle), de troubles dégénératifs modérés du rachis lombaire, de tabagisme chronique et d'excès pondéral. Il fallait substituer une approche psychosociale (déjà relevée en 1999 lors du stage au COPAI) à l'approche biomédicale tentant de faire reposer l'incapacité de travail sur des lésions somatiques ; l'atteinte à la santé incombait principalement à des singularités psychiques de l'assuré, qui présentait un trouble somatoforme douloureux associé à un trouble mixte de la personnalité. En raison de ses troubles psychiques, l'assuré n'était pas capable de s'adapter à son environnement professionnel ; le pronostic était sombre, d'autant plus qu'il n'avait pas de véritable conscience morbide et était dans l'obligation de préserver une image de soi satisfaisante et auto-suffisante ; l'allégation d'une atteinte organique constituait pour lui une porte de sortie honorable. On ne pouvait exiger de lui une capacité de travail significative dans son ancienne activité, et ses faibles capacités d'adaptation et ses perturbations dans les relations interpersonnelles dues aux troubles de la personnalité rendaient toute mesure de réadaptation professionnelle illusoire. !

Par prononcé du 17 décembre 2003 (annulant et remplaçant celui du 2 avril 2002), pas davantage motivé que « Des renseignements recueillis lors de l'instruction de (sa) demande, il (est résulté) que (son) atteinte à la santé a entraîné une incapacité de travail totale dès le 28.09.1998 », l'OAI a octroyé à l'assuré une rente entière d'invalidité à partir du 28 septembre 1999. Le montant des rentes d'invalidité (rente entière d'invalidité, rente entière complémentaire en faveur du conjoint et deux rentes entières enfant d'un bénéficiaire de rente AI) a été calculé le 20 janvier 2004 par la Caisse cantonale genevoises de compensation. !

Dans un arrêt du 12 mars 2004 (I 683/03, publié aux ATF 130 V 352), le Tribunal fédéral a jugé que le seul diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants n'entraîne pas une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité, sous réserve de conditions exceptionnelles. !

Par communication du 17 janvier

2007, dans la cadre d'une révision d'office, l'OAI a informé l'assuré que son degré d'invalidité n'avait pas changé au point d'influencer son droit à la rente et qu'il continuerait donc de bénéficier d'une rente AI sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %.

16. En avril 2012, l'OAI a initié une nouvelle procédure de révision du droit de l'assuré à la rente AI.

17. Dans un rapport médical de juillet 2012, le docteur P_____, spécialiste FMH en médecine interne et hématologie, qui avait suivi l'assuré en ambulatoire de juillet 2007 à décembre 2011, s'est référé à l'expertise médicale de 2003 de la CRR, en relevant qu'aucune modification significative n'était intervenue depuis lors. Une incapacité de travail de l'assuré n'était pas manifeste, et il n'y avait pas de restriction manifeste à l'exercice de l'activité alors exercée, sinon l'exercice de travaux lourds. Une activité pourrait être exigée. Une réinsertion apparaissait difficile à imaginer, bien qu'il n'y ait pas de réelle incapacité physique, mais en raison d'un manque de motivation psychique de l'assuré. Une échographie de l'épaule droite de novembre 2011, jointe au rapport du Dr P_____, montrait un pincement acromio-claviculaire et une zone hypoéchogène à l'insertion du sus-épineux ; une infiltration de cette épaule avait été effectuée le 23 novembre 2011.

18. Donnant suite aux avis du SMR (de la doctoresse Q_____ du 3 avril 2012 et du docteur R_____ du 4 décembre 2012), qui ont préconisé qu'une expertise de médecine interne, de rhumatologie et de psychiatrie soit effectuée « afin que l'assuré soit évalué selon les critères de la 6^{ème} révision LAI », l'OAI a soumis l'assuré à une expertise pluridisciplinaire, qui a été confiée au Centre d'Expertise Médicale (ci-après : CEMed) de Nyon, soit au docteur S_____, médecin interne FMH, à la doctoresse T_____, psychiatre-psychothérapeute FMH et au docteur U_____, rhumatologue FMH. Ces derniers ont rendu leur rapport le 31 octobre 2013.

Sur le plan de la médecine interne, l'assuré n'avait aucune affection susceptible d'interférer avec sa capacité de travail. Sur le plan rhumatologique, l'examen clinique était quasi superposable à celui de 2003, voire meilleur ; il y avait un léger syndrome lombo-vertébral et une lombalisation de S1, mais ni hernie discale, ni troubles dégénératifs, ni canal étroit ; il s'agissait de lombalgies communes sur syndrome algodysfonctionnel vertébral lombaire ; à celles seules, ces rachialgies ne justifiaient pas d'incapacité de travail durable. Comme l'avait retenu la CCR en 2003, il n'y avait aucun motif d'incapacité de travail dans le domaine rhumatologique. Les plaintes concernant l'épaule droite étaient consécutives à une périarthrite, soit une tendinite du sous-épineux et du sus-épineux, pathologie non invalidante, dont la symptomatologie avait été améliorée par une infiltration. Sur le plan psychique, les signes cliniques décrits dans l'expertise psychiatrique de 2003 n'étaient pour la plupart pas retrouvés ou seulement de manière atténuée ; les traits de personnalité quérulente et anankastique que l'assuré présentait encore n'étaient pas suffisants, en nombre et en intensité, pour répondre aux critères nécessaires à l'établissement du diagnostic d'un trouble de la personnalité mixte, et il n'y avait pas de symptômes pouvant évoquer un trouble de nature psychique tel qu'un trouble dépressif, un trouble anxieux ou encore un trouble psychotique. Les critères d'un trouble somatoforme douloureux persistant n'étaient plus réunis, et, quoi qu'il en soit, il n'y avait pas de comorbidité psychiatrique sévère et la vie quotidienne et sociale n'était pas perturbée. En conclusion, l'assuré ne présentait pas d'atteinte à la santé ayant des répercussions sur sa capacité de travail. Les diagnostics d'atteintes à la santé sans répercussion sur la capacité de travail étaient des lombalgies communes sur syndromes algodysfonctionnel, une amyotrophie de la cuisse droite sur probable ancienne poliomyélite, une anomalie transitionnelle de la charnière lombo-sacrée (lombalisation de S1) et une périarthrite de l'épaule droite et des hanches. Il

n'y avait pas de limitation fonctionnelle dans l'activité habituelle. L'assuré était au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour des raisons psychiatriques ; il y avait eu amélioration depuis l'expertise de 2003, difficile à situer dans le temps ; il ne voyait aucun psychiatre, ne prenait aucun psychotrope, et consultait rarement son médecin traitant ; ce dernier estimait qu'à fin 2011, un travail était envisageable sous réserve d'une faible motivation ; on pouvait donc estimer que l'assuré avait retrouvé sa capacité de travail à fin 2011. Sa capacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle, et il n'y avait pas d'indication pour une activité adaptée. Le pronostic était excellent sur le plan locomoteur et bon sur le plan psychique, étant cependant rappelé que l'assuré mettait à l'avant-plan ses troubles physiques, qu'il estimait incapacitants et s'étant aggravés depuis l'octroi de sa rente AI.

19. Dans un avis médical du 19 novembre 2013, la docteure V_____ du SMR a proposé de suivre les conclusions des experts du CEMed. La rente AI avait été octroyée à l'assuré avant l'entrée en vigueur de la jurisprudence sur les troubles somatoformes douloureux en 2004 ; l'examen des critères selon cette jurisprudence faisait retenir qu'il n'y avait pas de facteurs de gravité ni de comorbidité psychiatrique ; l'assuré n'avait pas de trouble somatoforme douloureux incapacitant et devait ainsi être capable de surmonter ses douleurs. [endif]> [if> 20. Lors d'un entretien à l'OAI le 25 février 2014, un projet de décision supprimant son droit à la rente a été remis à l'assuré. Les diagnostics ayant ouvert le droit à la rente étaient liés à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ; ils n'avaient pas, actuellement, de fondement organique objectivable susceptible de fonder une incapacité de travail durable ; il n'y avait pas non plus de rattachement à une comorbidité psychiatrique ni de graves limitations fonctionnelles autres. Il n'y avait pas d'autres critères permettant de mettre en doute avec une vraisemblance prépondérante la capacité à surmonter la douleur. L'assuré ne remplissait plus les conditions du droit à une rente d'invalidité. Il avait déclaré n'être pas intéressé par des mesures de nouvelle réadaptation. [endif]> [if> 21. Par courrier recommandé du 27 mars 2014 de son mandataire, le Centre de Conseils en Assurances Sociales (ci-après : procap), l'assuré a fait part à l'OAI de ses objections au projet de décision précité. Le tableau clinique et le « fonctionnement » au quotidien décrits en 2013 étaient semblables à ceux observés en 2003, sous réserve que, d'après les experts, les traits quérulents et anankastiques n'étaient plus présents ou de façon atténuée seulement, ce qui s'expliquait toutefois par le contexte différent dans lequel les expertises de 2003 et de 2013 avaient été faites ; en réalité, le trouble de la personnalité retenu en 2003 subsistait. Les experts n'expliquaient pas en quoi les faibles capacités d'adaptation de l'assuré, principalement au niveau des relations interpersonnelles, se seraient amendées dès décembre 2011. Il n'y avait pas eu d'analyse approfondie de son état de santé surtout psychique au regard des critères de Foerster, telle qu'exigée dans le cadre d'une révision fondée sur les dispositions transitoires de la 6^{ème} révision de la LAI. Il n'y avait pas de modification notable de son état de santé justifiant une révision, ni de motif de déroger à cette exigence, ni de motif de reconsidération de la rente entière d'invalidité. Selon un rapport du 10 mars 2014 du docteur W_____, chirurgien orthopédiste de l'Institut médical de Champel, l'assuré souffrait de lombalgies chroniques, d'une tendinite de la coiffe des rotateurs Bill, d'épicondylite chronique du coude gauche et de séquelles de poliomyélite d'enfance, et il était en incapacité totale de travailler, de façon non modifiable. [endif]> [if> 22. Dans le cadre d'une enquête que l'OAI a effectuée en se rendant à six reprises (les 10 et 17 avril et les 6, 9, 14 et 22 mai 2014) à « X_____ » à Genève – fondation créée par l'assuré en 2005 ayant pour but de subvenir aux besoins des enfants particulièrement au Paraguay, mais

également dans le monde entier, à des fins médicales et notamment fournir des médicaments, construction de latrines et de puits d'eau –, il a été constaté que l'assuré se trouvait à chacun de ces passages au restaurant qu'y exploite ladite fondation pour le service de midi (rapport du 22 mai 2014). Entendu à ce propos le 7 août 2014, l'assuré a indiqué qu'il ne faisait que veiller à ce que l'organisation de la cuisine soit en place et à ce que tout se déroule bien, au total quelques heures par semaine, à titre bénévole.

!endif]>![if> 23. Par courrier du 27 août 2014, l'assuré a fait part à l'OAI qu'au vu de son état de santé, il ne se sentait pas apte à suivre des mesures de réadaptation.

!endif]>![if> 24. Le 29 août 2014, par procap, l'assuré a fait parvenir à l'OAI de récents rapports médicaux faisant état d'atteintes non prises en compte par l'expertise précitée du CEMed. Il en résultait que l'aspect somatique, notamment rhumatologique, de son état de santé n'avait pas été examiné de façon suffisamment approfondie. Ainsi, selon un rapport du 24 juillet 2014 du docteur Y_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, l'assuré présentait de nouvelles affections, dont résultait une détérioration de son état de santé ; la symptomatologie était plus étendue, avec l'apparition de douleurs d'abord à l'épaule droite, puis à l'épaule gauche, à la hanche droite et ensuite au coude et au poignet gauches, ces problèmes nouveaux étaient d'origine articulaire, sauf celui du poignet où existait une arthrose. !endif]>![if> 25. Selon un rapport du 8 septembre 2014 du docteur Z_____, chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des HUG, ayant ausculté l'assuré pour avis concernant son épaule droite à la demande du Dr W_____, l'examen clinique mettait en évidence une douleur localisée dans la gouttière bicipitale et sur le trochiter, et l'imagerie confirmait la suspicion de lésion du sus-épineux avec tendinopathie du long chef du biceps ; il y avait rupture transfixiante du tendon sus-épineux avec des remaniements chroniques sur le trochiter et une sub-luxation du long chef du biceps dans le sus-scapulaire. !endif]>![if> 26. D'après un rapport du 3 novembre 2014 du docteur AA_____, chirurgien de la main FMH, consulté à propos d'une douleur prédominant sur le versant ulnaire du poignet gauche de l'assuré (qui avait été infiltrée quelques mois plus tôt par le Dr J_____, sans amélioration notable), l'examen clinique permettait de constater une douleur à l'endroit précité, et les radiographies du poignet gauche et des comparatifs du poignet droit mettaient en évidence une variante longue du cubitus gauche. !endif]>![if> 27. Selon un certificat médical du 24 novembre 2014 du docteur AB_____, psychiatre et psychothérapeute, qui suivait l'assuré depuis mars 2014, ce dernier avait une double souffrance psychique, à savoir celle provoquée et entretenue par ses douleurs articulaires et rhumatismales avec effet dépressogène direct et celle provoquée par la déception de la non-reconnaissance de son handicap. Ledit psychiatre validait entièrement la souffrance de l'assuré. La douleur quasi permanente entraînait un stress et une fatigue nerveuse qui épuisaient les ressources cognitives et psychiques de l'assuré, dont le tableau clinique était caractérisé les manifestations du registre anxio-dépressif. S'agissant des constats psychiatriques antérieurs (des Drs F_____ en 2000, M_____ en 2003 et T_____ en 2013), ledit psychiatre ne validait pas le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant, dès lors que ce diagnostic d'une souffrance psychique utilisant le corps pour s'exprimer ne pouvait être invoqué qu'en absence d'éléments cliniquement objectivables et que, pour l'assuré, plusieurs médecins (dont les avis étaient listés en annexe) décrivaient des éléments cliniques objectifs somatiques (étant précisé que ce n'étaient pas les troubles psychiques qui avaient entraîné les problèmes articulaires et rhumatismaux). Il ne trouvait par ailleurs pas, ni dans lesdites expertises ni dans l'examen de l'assuré, d'éléments cliniques justifiant les tendances spécifiques ou les critères

diagnostiques CIM-10 renvoyant à la définition des tendances constitutives des troubles de la personnalité, si bien qu'il ne validait pas non plus le diagnostic de trouble mixte de la personnalité. En conclusion, ledit psychiatre certifiait que l'assuré ne présentait pas d'affection ou de maladie psychiatrique, en particulier pas de syndrome somatoforme ni de trouble de la personnalité, mais qu'il avait simplement une dépression réactionnelle d'intensité légère due à ses problèmes somatiques et à la non-reconnaissance de son handicap organique. ![endif]>![if> 28. Donnant suite aux avis des 1^{er} et 30 septembre 2014 de la docteure AC_____ du SMR, l'OAI a demandé un complément d'expertise au Dr U_____, qui a ausculté l'assuré le 25 novembre 2014. ![endif]>![if> 29. Par courrier du 15 décembre 2014, avant que ledit expert ne rende son rapport, l'assuré s'est plaint auprès de l'OAI des conditions selon lui de mépris et de brusquerie dans lesquelles le Dr U_____ l'avait reçu et examiné, et il a demandé à être ré-expertisé par un autre médecin. ![endif]>![if> 30. Par décision du 18 décembre 2014, l'OAI a refusé d'accéder à cette demande. Des objections touchant à l'aspect qualitatif de l'expertise ne pouvaient être formulées qu'à l'occasion d'un recours contre la décision portant sur le fond. ![endif]>![if> 31. Par courrier daté du 15 janvier 2015, expédié par pli recommandé le 22 janvier 2015, l'assuré a formé personnellement recours auprès de la chambre des assurances sociales de la Cour de justice contre cette décision de l'OAI, en reprenant les termes et conclusions de son courrier du 15 décembre 2014 à l'OAI. Ce recours a été enregistré sous le n° A/229/2015. ![endif]>![if> 32. Selon le rapport d'expertise du 23 janvier 2015 du Dr U_____, il n'y avait pas d'aggravation au sens strict ; les lésions abarticulaires dont l'assuré souffrait occasionnellement, pouvant provoquer des incapacités temporaires de travailler, étaient susceptibles d'être améliorées par des interventions chirurgicales comportant des risques d'échec ou d'aggravation des symptômes. Du point de vue rhumatologique, il n'y avait cliniquement aucune atteinte à la santé qui fût incapacitante. Tout au plus fallait-il éviter tout travail en-dessus du plan des épaules. Sur un plan purement physique, conformément aux expertises de la CRR et du CEMed, il se confirmait que l'assuré avait une pleine capacité de travail. Le rapport précité du psychiatre AB_____ du 24 novembre 2014, transmis aux psychiatres concernés du CEMed, n'a pas été estimé pertinent dans le cadre d'une expertise rhumatologique ni devoir « remettre en question le volet psychiatrique de 2013 ». ![endif]>![if> 33. Dans un avis du 6 février 2015, la Dresse AC_____ du SMR a relevé que, selon le psychiatre AB_____, l'assuré n'avait aucune atteinte à la santé avec répercussion sur la capacité de travail, et que, d'après l'expert rhumatologue U_____, son état de santé ne s'était pas aggravé depuis l'expertise de 2013. La capacité de travail de l'assuré restait donc entière. ![endif]>![if> 34. Par décision du 11 février 2015 (portant par erreur la date du 17 mars 2014, envoyée sous pli simple), l'OAI a supprimé la rente AI de l'assuré, avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de cette décision, déclarée exécutoire nonobstant recours. Dans le cadre d'une révision de rente selon les dispositions finales de la 6^{ème} révision de la LAI, si l'atteinte à la santé était estimée objectivement surmontable, il fallait retenir qu'il n'y a pas d'incapacité de gain, sans même qu'une amélioration notable de l'état de santé ne soit nécessaire. Les diagnostics ayant ouvert le droit à la rente AI étaient liés à un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ; ils n'avaient aucun fondement anatomique objectivable susceptible de fonder une incapacité de travail durable ; il n'y avait pas non plus de rattachement à une comorbidité psychiatrique ni de graves limitations fonctionnelles ; la capacité à surmonter la douleur devait être admise au degré de vraisemblance prépondérante. ![endif]>![if> 35. Le 20 février 2015, dans le délai lui ayant

été imparti pour répondre au recours A/229/2015, l'OAI a transmis à la chambre des assurances sociales une décision du même jour annulant sa décision du 18 décembre 2014, qui n'avait pas de raison d'être, étant ajouté que la décision de supprimer la rente AI de l'assuré avait été rendue le 11 février 2015. 36. Par acte du 18 mars 2015, l'assuré a recouru contre cette décision de suppression de rente auprès de la chambre des assurances sociales, en concluant préalablement à ce qu'une expertise neutre soit ordonnée et à ce que notamment les Drs H_____, I_____, AB_____, W_____ et AA_____ soient auditionnés, et, principalement, à ce que la décision de suppression de rente soit annulée et à ce que son droit à une rente entière d'invalidité soit confirmé, ou, subsidiairement, que la cause soit renvoyée à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants. Ce recours a été enregistré sous le n° A/918/2015. Sa jonction avec la cause A/229/2015, sous ce numéro-ci, a été ordonnée par décision du 23 mars 2015. 37. Par mémoire du 20 mai 2015, l'OAI a conclu au rejet du recours. Si la décision de suppression de rente avait été rendue sur la base des dispositions transitoires de la 6^{ème} révision de la LAI, elle était également justifiée au regard des règles habituelles dès lors qu'il y avait eu amélioration notable de l'état de santé de l'assuré entre janvier 2004 et février 2015. Lors de l'octroi initial de la rente, c'était l'état psychique de l'assuré qui avait justifié l'incapacité de travail retenue, soit principalement d'un trouble mixte de la personnalité, qui s'associait au trouble somatoforme douloureux. Les expertises du CEMed de 2013 et début 2015 avaient pleine valeur probante ; l'expertise complémentaire du Dr U_____ avait impliqué un examen clinique comportant nécessairement des manœuvres et manipulations par l'expert, et le rapport mentionnait les plaintes douloureuses manifestées par l'assuré ; l'appréciation faite par le Dr P_____ corroborait celle de l'expert U_____. Il fallait admettre que l'état de santé de l'assuré s'était notablement amélioré depuis le maintien de la rente décidée en 2007 ; sur le plan psychique, l'assuré ne présentait plus d'atteinte justifiant une incapacité de travail, et, sur le plan somatique, il était globalement stationnaire, compatible avec une pleine capacité de travail dans une activité ne nécessitant pas de travail au-dessus du plan des épaules, hormis des incapacités temporaires pouvant intervenir du fait des lésions articulaires dont l'assuré souffrait occasionnellement. 38. Le 29 mai 2015, l'assuré a été admis au bénéfice de l'assistance juridique pour la cause A/229/2015 (à laquelle avait été jointe la cause A/918/2015) et Me Agrippino RENDA commis à ces fins. 39. Dans un arrêt de principe du 3 juin 2015 (9C_492/2014 , publié aux ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a revu et modifié en profondeur le schéma d'évaluation de la capacité de travail, respectivement de l'incapacité de travail, en cas de syndrome douloureux somatoforme et d'affections psychosomatiques comparables. 40. Dans une réplique du 20 octobre 2015, l'assuré a persisté dans les conclusions de son recours, en sollicitant l'audition d'autres médecins encore (soit des Drs Y_____, AD_____, C_____, AE_____). Il a produit plusieurs certificats médicaux, dont : - un rapport du 21 mai 2015 du docteur AF_____, spécialiste en médecine physique et de réadaptation de l'Hôpital d'instruction des armées Laveran à Marseille, faisant référence notamment à la poliomyélite ayant touché l'assuré dans son enfance principalement au membre inférieur droit, dont avait persisté une amyotrophie et à laquelle s'étaient ajoutées des douleurs articulaires, avec des développements, l'ensemble ayant un retentissement en termes de fatigabilité et sur le comportement de l'assuré ; l'aggravation du déficit neurologique et potentiellement la fatigue pouvaient être favorisées par un syndrome post-poliomyélite ; la démarche de l'assuré expliquait probablement en partie les lombalgies, la coxarthrose homolatérale et les

gonalgies ; les douleurs semblaient plutôt d'origine dégénérative ; !endif>!if> - un certificat médical du 27 juillet 2015 de la doctoresse AE_____, généraliste, certifiant que l'assuré souffrait du syndrome post-poliomyélite, apparaissant typiquement 30 à 40 années après l'infection par le virus de la poliomyélite, au regard de six critères remplis par l'assuré ; !endif>!if> - un rapport du 14 août 2015 de la doctoresse AG_____, spécialiste FMH en neurologie, soulignant que l'assuré présentait une amyotrophie de la cuisse droite avec un léger raccourcissement du membre inférieur droit, une hyporéflexie du membre supérieur droit et une aréflexie du membre inférieur droit ; le tableau clinique était évocateur d'un syndrome post-poliomyélite apparaissant souvent des décennies après l'épisode aigu de la maladie ; l'assuré présentait aussi un problème de tendinopathie et polyarthrose, participant à la symptomatologie douloureuse invalidante ; !endif>!if> - un rapport du 14 septembre 2015 du Dr C_____, attestant d'une aggravation progressive du syndrome post-poliomyélite, avec plus de faiblesse, plus d'instabilité du membre inférieur droit, engendrant une mauvaise stabilisation du bassin à la marche et par conséquent une tendinopathie d'insertion des muscles fessiers sur le grand trochanter ; il y avait une corrélation logique des plaintes de l'assuré ; les lombalgies ne s'étaient pas améliorées ; une prise en charge chirurgicale ne permettrait pas de l'aider ; indépendamment de l'impact des problèmes somatiques sur son psychisme, il avait un état physique difficilement compatible avec une activité professionnelle à 100 % même dans une activité adaptée ; !endif>!if> - un rapport du 5 octobre 2015 du docteur AD_____, rhumatologue FMH, retenant, sur la base de l'anamnèse et de l'examen clinique (incluant des IRM, échographies, radiographies et un ENMG), les diagnostics d'amyotrophie avec des douleurs de la cuisse droite et une fatigue et faiblesse de celle-ci dans le cadre d'un syndrome post-poliomyélite, ainsi que de lombalgies chroniques, des douleurs chroniques de l'épaule droite dues à une tendinopathie de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite avec des images de rupture non transfixiante du supra-épineux et une lésion du labrum antéro-inférieur, des douleurs du poignet gauche sur un syndrome de l'ulna long avec une variance ulnaire positive ; il y avait aussi des signes cliniques d'une épicondylite latérale du coude droit, ainsi que d'une tendinobursite du moyen fessier droit ; le syndrome post-poliomyélite était un diagnostic clinique reconnu se manifestant plusieurs dizaines d'années après une poliomyélite ; il était difficilement compréhensible qu'une révision du droit à la rente AI ait conduit d'une rente complète à la considération que l'assuré était apte à reprendre un emploi à temps plein ; c'était un non-sens ; ce n'étaient pas les lombalgies qui justifiaient l'incapacité de travail, mais le syndrome post-poliomyélite, les lésions de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite, l'atteinte du poignet gauche, les autres tendinopathies ; la capacité de travail de l'assuré était tout au plus de 20 % à 30 % dans une activité de chef de cuisine ou un emploi du même type, et d'environ 40 % à 50 % dans un emploi physiquement léger, n'impliquant pas de marche prolongée, de positions debout plusieurs heures par jour, de travaux avec les membres supérieurs en hauteur (par exemple dans un emploi de bureau), sans garantie dans le long terme. !endif>!if> La décision attaquée devait être annulée. 41. Le 15 décembre 2015, après avoir pris connaissance des nouvelles pièces produites par l'assuré – et conformément à un avis du 2 décembre 2015 du docteur AH_____, du SMR (relevant qu'à la suite du rapport du Dr AF_____, remettant en cause les conclusions du Dr U_____, on disposait d'éléments permettant de retenir de façon certaine le diagnostic de syndrome post-poliomyélite, et qu'il fallait procéder à une nouvelle étude de l'état de santé de l'assuré) –, l'OAI a indiqué à la chambre des assurances sociales que ces nouvelles pièces étaient susceptibles de modifier ses précédentes

conclusions, et il a conclu au renvoi du dossier pour instruction médicale complémentaire. ![/endif]>[/if]> 42. Dans des observations du 3 février 2016, l'assuré a déclaré persister dans ses écritures et conclusions, et abonder dans le sens d'un renvoi du dossier à l'OAI. ![/endif]>[/if]> 43. Le 14 juin 2016, Me Pierre GABUS, avocat, a déclaré à la chambre des assurances sociales qu'il se substituait à l'avocat mandaté par l'assistance juridique, et sollicité de cette dernière de le nommer à la place de ce dernier. ![/endif]>[/if]> 44. Par décision du 25 juillet 2016, le vice-président du Tribunal civil a refusé le changement de conseil juridique sollicité par l'assuré. ![/endif]>[/if]> 45. Par courrier du 24 août 2016, Me GABUS a informé la chambre des assurances sociales que l'assuré lui avait désormais confié la défense de ses intérêts en lieu et place de l'avocat nommé d'office, hors assistance juridique, et il a demandé à pouvoir consulter le dossier de la cause. ![/endif]>[/if]> 46. La chambre des assurances sociales lui a répondu le 26 août 2016 qu'elle prenait note de sa constitution, que le dossier de la cause lui était accessible à sa prochaine convenance, mais que la cause était gardée à juger. ![/endif]>[/if]> EN DROIT 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 1^{er} 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. ![/endif]>[/if]> 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 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. 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]). ![/endif]>[/if]> 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 1^{er} janvier 2012 (pour mémoire, les deux précédentes révisions de la LAI, des

21 mars 2003 [4^{ème} révision] et 6 octobre 2006 [5^{ème} révision] sont entrées en vigueur respectivement les 1^{er} janvier 2004 et 1^{er} 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 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).

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 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 6^{ème} révision de la LAI, adopté le 18 mars 2011 et entré en vigueur le 1^{er} 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 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. 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). 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). 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). 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 amélioration notable de l'état de santé du

recourant, justifiant selon lui une suppression de rente. ![endif]>![if> 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 querulents 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 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'apparaissaient 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. 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 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. 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. 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. 1 bis 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. 1 bis 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; 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. * * * * * 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 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