

## GE\_GERICHTE A/3034/2016 vom 3. Oktober 2017

GE Cour de justice, 2017-10-03, FR

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge\\_gerichte\\_A\\_3034\\_2016](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_3034_2016)

FR: GE\_GERICHTE A/3034/2016 du 3 octobre 2017

IT: GE\_GERICHTE A/3034/2016 del 3 ottobre 2017

### Erwägungen

#### E. 2

ème Chambre En la cause Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à CHÂTELAINE 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 ou la recourante), née le \_\_\_\_\_ 1963, divorcée, mère d'un fils né en 1991, a exercé la profession de secrétaire dès 1981 pour le compte de plusieurs employeurs successifs, le dernier en date étant le CICR dès 2001. !endif>!if> 2. Le 16 janvier 2008, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après : l'OAI ou l'intimé) en raison d'une incapacité de travail remontant au 19 février 2007, due à une lésion de la coiffe des rotateurs puis à un carcinome pulmonaire diagnostiqué en octobre 2007. !endif]>!if> 3. Par avis du 28 avril 2008, le docteur B\_\_\_\_\_, médecin SMR, a retenu la présence d'un carcinome du poumon (grandes cellules) de stade IV ainsi qu'une insuffisance artérielle des membres inférieurs. L'assurée était au bénéfice d'un traitement palliatif et le pronostic réservé. Au vu de la gravité de la première atteinte, le Dr B\_\_\_\_\_ a proposé une incapacité de travail totale dans toute activité.!endif]>!if> 4. Par projet de décision du 30 avril 2008, confirmé le 11 novembre 2008, l'OAI a octroyé à l'assurée une rente entière simple ainsi qu'une rente complémentaire pour enfant à partir du 1<sup>er</sup> février 2008.!endif]>!if> 5. Invitée le 2 mai 2011 par l'OAI à compléter le questionnaire pour la révision de la rente, l'assurée a indiqué le 6 mai 2011 que son état de santé n'avait pas changé. Elle bénéficiait toujours d'un suivi oncologique et percevait une rente de la part de la caisse de pension du CICR.!endif]>!if> 6. Dans un rapport médical du 20 mai 2011, la doctoresse D\_\_\_\_\_, médecin généraliste et spécialiste en évaluation et traitement de la douleur, a indiqué que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis la fin du traitement chimio- et radiothérapeutique, sans changement dans les diagnostics. L'incapacité de travail demeurait totale à ce jour, dans toute activité, mais on pouvait s'attendre à une reprise du travail à 50% en septembre 2011. !endif]>!if> La Dresse D\_\_\_\_\_ a annexé à son envoi un rapport du 21 janvier 2010 des docteurs E\_\_\_\_\_ et F\_\_\_\_\_, respectivement médecin interne et médecin responsable de l'unité d'oncochirurgie des HUG. Le carcinome à grandes cellules du poumon de stade IV avait rendu nécessaire une thoracotomie axillaire droite avec résection de la masse pleurale et résection des deux nodules pulmonaires le 2 novembre 2007. S'en était suivie une chimiothérapie adjuvante à raison de deux cycles les 12 décembre 2007 et 12 janvier 2008, suivie de deux autres cycles les 13 mai et 3 juin 2008. En outre, l'assurée avait subi une radiothérapie du 11 février au 27 mars 2008. Lors de la consultation du 19 janvier 2010, elle se plaignait de la persistance de douleurs dorsales depuis la chirurgie de 2007, mais cette douleur s'était améliorée partiellement grâce à la physiothérapie que l'assurée poursuivait à Cressy. En conclusion, le bilan effectué confirmait la persistance d'une rémission complète à deux ans et deux mois du début du

traitement du traitement du carcinome évoqué. 7. Dans un rapport du 13 octobre 2011 à l'OAI, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué que l'état de santé de l'assurée s'était globalement amélioré depuis fin 2009 et qu'il était stationnaire depuis. Elle présentait une capacité respiratoire diminuée et des algies thoraciques. Dans l'activité habituelle, sa capacité de travail était nulle mais dans une activité adaptée (travail de bureau diurne, avec pauses), sa capacité de travail était de 50% dès maintenant. 8. Invitée par l'OAI à donner des précisions, la Dresse D\_\_\_\_\_ a indiqué le 4 juin 2012 que l'activité habituelle de secrétaire était également exigible à 50% depuis septembre 2012 s'il s'agissait d'un travail diurne, avec pauses. 9. Dans un rapport du 29 juin 2012, la doctoresse G\_\_\_\_\_, médecin interne au service d'oncologie des HUG, a mentionné que l'état de santé de l'assurée était stationnaire depuis environ deux ans. Il existait une limitation à la marche ainsi qu'une limitation de l'activité liée à des douleurs chroniques diffuses. Toutefois, la capacité de travail était entière dans l'activité habituelle de secrétaire et dans toute autre activité adaptée. 10. Par avis du 19 juillet 2012, la doctoresse H\_\_\_\_\_, médecin SMR, a constaté que l'assurée présentait des cervico-dorso-lombalgies qui conduisaient à des appréciations médicales différentes. Elle considérait, pour sa part, que la capacité de travail était de 50% dès septembre 2012, ce qui permettait d'envisager des mesures de réadaptation. 11. Dans un rapport de réadaptation professionnelle du 31 juillet 2013, le chargé de réadaptation de l'OAI a estimé que la capacité de travail de l'assurée était exploitable à 50% dans une activité adaptée mais pas dans l'immédiat en raison d'un « agenda opératoire » sur la période 2013-2014. Aussi a-t-il proposé la clôture de son mandat pour permettre un suivi de l'instruction médicale. 12. Le 28 mai 2014, l'OAI a reçu les documents médicaux suivants de la Dresse D\_\_\_\_\_ : - un rapport du 31 mai 2013 du docteur I\_\_\_\_\_, médecin adjoint au service de chirurgie orthopédique des HUG. Celui-ci avait effectué, en 2007, une suture de la coiffe des rotateurs à droite par voie ouverte, pour une rupture quasi transfixiante du tendon du sus-épineux. L'évolution avait été bonne à la suite de cette intervention, mais consécutivement à un épisode intensif de déneigement en décembre 2012, l'assurée avait présenté une récurrence des douleurs à l'épaule, qui avaient persisté jusqu'à ce jour, malgré un traitement par physiothérapie et AINS (anti-inflammatoires non stéroïdiens). L'assurée était gênée dans les activités de la vie quotidienne, en particulier pour la conduite, la coiffure et surtout pour aller chercher des objets sur une étagère. Elle était actuellement au bénéfice d'une rente d'invalidité pour la globalité de ses problèmes, en particulier des problèmes de rachis avec une hernie discale cervicale et des infiltrations lombaires, un problème de carcinome qui semblait être d'évolution positive et un problème de hanche droite pour lequel une PTH (prothèse totale de la hanche) serait probablement indiqué. Au terme de l'examen clinique de l'épaule droite, le Dr I\_\_\_\_\_ a conclu que l'assurée souffrait vraisemblablement d'une récurrence de la rupture de sa coiffe des rotateurs, probablement non transfixiante. Pour préciser le diagnostic et mettre en œuvre le traitement adéquat, il avait prescrit une arthro-IRM qui aurait lieu aux HUG. - une lettre de sortie du service de chirurgie orthopédique des HUG, datée du 27 novembre 2013, dans laquelle les docteurs J\_\_\_\_\_, K\_\_\_\_\_ et le professeur L\_\_\_\_\_, respectivement chef de clinique, médecin interne et médecin-chef de service mentionnaient un status d'entrée caractérisé par des douleurs à la palpation de l'articulation acromio-claviculaire avec des mobilités articulaires réduites. L'intervention pratiquée le 19 novembre 2013 avait consisté en une arthrolyse arthroscopique et en une résection du centimètre externe de la clavicule de l'épaule droite.

Au vu d'une bonne évolution clinique, l'assurée avait pu regagner son domicile le 22 novembre 2013.![endif]>![if> - un rapport du 19 mai 2014 du centre d'imagerie Rive droite, relatant une infiltration avec bloc de la douleur C2-C3 bilatérale sous contrôle scopique et scanographique, indiquée par une cervicalgie étagée retrouvée à la palpation du côté droit au niveau facettaire de C2-C3 à C6-C7 et du côté gauche essentiellement en C2-C3.![endif]>![if> 13. Par courrier du 23 février 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'elle était convoquée à un examen clinique auprès du SMR, qui aurait lieu le 9 mars 2016 et serait pratiqué par le docteur M\_\_\_\_\_, rhumatologue FMH. ![endif]>![if> 14. Le Dr M\_\_\_\_\_ a reçu l'assurée le 9 mars et rendu son rapport le 29 mars 2016. Après avoir retracé son anamnèse, établi son status général, ostéoarticulaire et neurologique, ce médecin a posé les diagnostics suivants avec répercussions sur la capacité de travail :![endif]>![if> - rachialgies diffuses surtout cervicales et lombaires avec cruralgies droites intermittentes dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5 et séquelles de maladie de Scheuermann M 54 ;![endif]>![if> - ostéoporose à prédominance lombaire ;![endif]>![if> - douleurs et limitations fonctionnelles de l'épaule droite dans le cadre de lésions tendineuses jonctionnelles entre les tendons sus-épineux et sous-épineux non transfixiantes et dans le cadre d'une tendinopathie du supra-épineux, s'accompagnant d'un status après deux opérations de l'épaule droite pour pathologie de la coiffe des rotateurs M 75 ;![endif]>![if> - discrète coxarthrose droite avec conflit fémoro-acétabulaire de la hanche droite et déchirure du labrum antéro-supérieur M 16 ;![endif]>![if> - status après carcinome pulmonaire à grandes cellules avec envahissement pleural droit PT3, CNO, PM1 traité chirurgicalement et par radiochimiothérapie ;![endif]>![if> - hypoacousie bilatérale dans le cadre d'un barotraumatisme ;![endif]>![if> En revanche, les diagnostics suivants étaient sans répercussions sur la capacité de travail : - status après dilatation et pose de stents pour occlusion des artères fémorales communes DDC ;![endif]>![if> - hypercholestérolémie traitée ;![endif]>![if> - status après pancréatite ;![endif]>![if> - ancien tabagisme.![endif]>![if> Dans l'appréciation du cas, le Dr M\_\_\_\_\_ a estimé que dans son activité de secrétaire au CICR, l'assurée présentait tout au plus une incapacité de travail de 30% du point de vue ostéoarticulaire au vu des limitations fonctionnelles suivantes : - rachis : nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et debout ; pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 5 kg ; pas de port régulier de charges excédant 8 kg ; pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ; pas d'exposition à des vibrations ; pas de mouvement répété de flexion/extension de la nuque ; pas de rotation rapide de la tête ni de position prolongée en flexion ou extension de la nuque ;![endif]>![if> - membres inférieurs : pas de gèneflexion répétée ; pas de franchissement d'escalier ou d'échelle ; pas de travail en hauteur ; pas de marche en terrain irrégulier ; pas de franchissement régulier d'escaliers ; pas de position debout ni de marche de plus d'une demi-heure ;![endif]>![if> - membre supérieur droit (assurée droitrière) : pas d'élévation ni d'abduction de l'épaule droite à plus de 70° ; pas de lever de charges de plus de 5 kg avec le membre inférieur droit ;![endif]>![if> - hypoacousie : travail dans une ambiance non bruyante.![endif]>![if> Toutefois, selon le Dr M\_\_\_\_\_, les limitations fonctionnelles évoquées se surajoutaient et conduisaient fatalement à une baisse de rendement, notamment au vu des modifications de type MODIC mixte au niveau des plateaux vertébraux jouxtant le disque L4-L5. Selon ce médecin, il n'y avait toutefois pas lieu de retenir une incapacité de travail supérieure à 30% au vu de la bonne tolérance de la position assise en cours d'entretien. Evidemment, cette évaluation était purement

rhumatologique et ne tenait pas compte d'un éventuel problème oncologique pulmonaire ou psychiatrique. Malgré ses douleurs, l'assurée conduisait et avait même fait trajet Genève-Vevey, qui la séparait du SMR, au volant. Elle faisait également sa lessive, confectionnait ses repas et faisait ses courses. Pour le ménage et les achats plus importants, elle pouvait compter sur l'aide de sa compagne, respectivement de son fils. Le début de la longue maladie remontait à février 2007. L'incapacité de travail était restée complète depuis lors, pour des raisons principalement oncologiques. La capacité de travail était probablement devenue complète d'un point de vue oncologique et « internistique » depuis juin 2015, époque à laquelle un scanner thoraco-abdominal avait confirmé l'absence de récurrence oncologique et la persistance d'une rémission. D'un point de vue rhumatologique, la capacité de travail était de 70% dans une activité adaptée et dans l'activité habituelle de secrétaire depuis le 19 mai 2014, soit six mois après la dernière intervention chirurgicale à l'épaule droite. La date du début de l'aptitude à suivre ou à s'investir dans une mesure de réadaptation remontait à juin 2015, pour autant que les oncologues donnent leur accord. Livrant son pronostic, le Dr M\_\_\_\_\_ a indiqué que d'un point de vue rhumatologique, les troubles dégénératifs présentés par l'assurée risquaient de s'aggraver. À moyen terme, il était possible que l'assurée nécessite la pose d'une prothèse de hanches. En résumé, les atteintes à la santé étaient multiples et une appréciation globale par le médecin en charge du dossier au SMR était nécessaire au vu des problèmes oncologiques, pneumologiques et relevant de la médecine interne. Sous ces réserves, la capacité de travail exigible était de 70% depuis juin 2015, dans l'activité habituelle comme dans une activité adaptée. 15. Par avis du 26 avril 2016, la doctoresse N\_\_\_\_\_, médecin SMR, a estimé que d'un point de vue oncologique, l'assurée était en rémission depuis 2008. Se référant au rapport du 29 juin 2012 de la Dresse G\_\_\_\_\_, elle a relevé que cette dernière estimait que la capacité de travail était entière dans toute activité depuis le 29 juin 2012, cette évolution favorable étant confirmée par un scanner thoraco-abdominal pratiqué en juin 2015 par le service de radiologie des HUG, qui concluait à l'absence de lésion suspecte à l'étage thoraco-abdominal. Au total, en tenant compte des limitations fonctionnelles rhumatologiques retenues par le Dr M\_\_\_\_\_, l'assurée avait retrouvé une capacité de travail de 70% dès le 19 mai 2014 dans toute activité. 16. Par projet de décision du 10 mai 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée que depuis le 19 mai 2014, sa capacité de travail était de 70% dans son activité habituelle de secrétaire et dans toute activité adaptée. La modification de l'état de santé de l'assurée constituant un motif de révision, l'OAI était autorisé à réexaminer son droit aux prestations. Dans le cas concret, son incapacité de travail était de 30%, taux qui représentait également son degré d'invalidité. Étant donné que ce dernier était inférieur à 40%, il y avait lieu de supprimer la rente d'invalidité dès le premier jour du deuxième mois qui suivrait la notification de la décision. 17. Par courrier du 30 mai 2016, l'assurée a fait part de son désaccord avec ledit projet et transmis à l'OAI un rapport du 14 mars 2016 du service de rhumatologie des HUG. Selon les docteurs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_, respectivement médecin adjoint agrégé et médecin interne auprès dudit service, qui avaient donné une consultation spécialisée du rachis le 10 mars 2016, l'assurée souffrait de lombalgies et cervicalgies de très longue date qui s'étaient clairement accentuées depuis la prise en charge de son carcinome pleural en 2007. Actuellement, elle souffrait de cervicalgies sans irradiations, de douleurs des omoplates (non centrales) et, surtout, de lombalgies invalidantes avec irradiation occasionnelle dans la fesse droite. Une multitude d'activités et positions déclenchaient les douleurs, surtout la station prolongée ou la marche

au bout de quinze minutes. S'y ajoutaient une raideur matinale et des douleurs prédominantes le soir, ainsi que des blocages réguliers. Les différents examens radiologiques (IRM de la colonne totale) n'avaient pas montré de lésion secondaire de la néoplasie en rémission ni une étiologie claire pour les douleurs. Dans l'appréciation du cas, les Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ont estimé que l'assurée souffrait de rachialgies à prédominance lombaire d'origine mécanique. Sur la base de l'anamnèse et des imageries, ils ne retenaient pas d'argument en faveur d'une cause secondaire, infiltrative ou compressive, mais la mise en évidence d'un syndrome lombovertébral chronique ainsi que des raideurs importantes des chaînes musculaires antérieures et postérieures. Aussi ont-ils prescrit à l'assurée un traitement de physiothérapie active comprenant étirements, gainage, proprioception et renforcement musculaire avec enseignement d'auto-exercices. Une nouvelle consultation était prévue dans six semaines pour évaluer les progrès. En cas d'échec, une inclusion de l'assurée dans un programme multidisciplinaire du rachis pouvait être discutée.

18. Par envoi du 17 juin 2016, l'assurée a encore transmis les documents suivants à l'OAI : [endif]> [if> - un rapport relatif à une consultation du 16 juin 2016 donnée par le docteur Q\_\_\_\_\_, oto-rhino-laryngologiste, constatant que l'assurée présentait une hypoacousie endocochléaire de perception prédominant à droite d'allure professionnelle avec perte auditive moyenne de 35% à l'oreille droite, respectivement 30% à l'oreille gauche dans un contexte de stress en lien avec une hernie discale (L4-L5) évoluant depuis plusieurs mois ; [endif]> [if> - un rapport du service de radiologie des HUG, relatif à un scanner thoraco-abdominal pratiqué le 6 juin 2016, concluant à l'absence de signe scannographique en faveur d'une récurrence locorégionale ou à distance. [endif]> [if> 19. Le 12 août 2016, l'assurée a informé l'OAI qu'actuellement, elle participait activement au programme « Promidos » (Programme multidisciplinaire individualisé du dos des HUG) en bénéficiant du suivi des Drs P\_\_\_\_\_ et O\_\_\_\_\_. Dans le même temps, elle était suivie par le docteur R\_\_\_\_\_, médecin généraliste, et le docteur S\_\_\_\_\_, pneumologue. [endif]> [if> 20. Par avis du 16 août 2016, la Dresse N\_\_\_\_\_ a considéré que les limitations fonctionnelles découlant des rachialgies communes de longue date rapportées par le Dr O\_\_\_\_\_ le 14 avril 2016 (recte : 14 mars 2016) avaient déjà été prises en compte par le SMR dans ses conclusions du 26 avril 2016. De plus, selon le Dr O\_\_\_\_\_, le pronostic restait bon, avec une amélioration des douleurs et de la fonctionnalité qui pouvait être attendue de moyen à long terme sous traitement conservateur. Quant au scanner thoraco-abdominal du 6 juin 2016, il confirmait la rémission de la maladie tumorale et l'absence de signe de récurrence locorégionale ou à distance. S'agissant enfin de l'hypoacousie bilatérale rapportée par le Dr Q\_\_\_\_\_ le 16 juin 2016, elle avait déjà été prise en considération précédemment, l'assurée devant éviter un travail dans un environnement bruyant. Or, l'activité habituelle respectait cette limitation. Dans ce contexte, les précédentes conclusions du SMR, du 26 avril 2016, restaient valables. [endif]> [if> 21. Par décision du 19 août 2016, l'OAI a fait savoir à l'assurée que sa rente d'invalidité serait supprimée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, motif pris que les rapports médicaux récemment produits n'avaient pas permis au SMR de modifier sa précédente appréciation de la capacité de travail résiduelle. [endif]> [if> 22. Le 13 septembre 2016, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, concluant en substance à son annulation. De son point de vue, son état de santé ne lui permettait pas d'exercer une activité professionnelle à 100% pour les raisons suivantes : [endif]> [if> - actuellement, en raison de ses lombalgies, dorsalgies et cervicalgies, il lui était impossible de passer huit heures par jour devant un écran

d'ordinateur, comme c'était le cas au CICR dans sa profession de secrétaire. Au bout d'une heure, les douleurs cervicales et lombaires devenaient insoutenables ;![endif]>![if> - son quotidien était excessivement ralenti par son état de santé physique et en raison de ses douleurs constantes et permanentes au niveau lombaire ;![endif]>![if> - elle était actuellement en traitement en rhumatologie aux HUG pour plusieurs mois dans le cadre du programme Promidos du Dr O\_\_\_\_\_, à raison de trois séances par semaine. ![endif]>![if> Elle était prête à envisager de retravailler dans les deux années à venir mais dans un autre domaine que celui qu'elle connaissait. Elle était également disposée à faire une réadaptation ou une réévaluation professionnelle en relation avec son état de santé. Même si elle avait une volonté de réintégration dans le monde du travail, son état santé y faisait actuellement obstacle. Enfin, la recourante a indiqué à la chambre de céans qu'il lui était loisible de contacter ses médecins pour recueillir des informations sur sa situation médicale actuelle.

23. Par écriture spontanée du 1<sup>er</sup> octobre 2016, identique pour l'essentiel à celle du 13 septembre 2016, la recourante a précisé que son médecin traitant, le docteur R\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, transmettrait prochainement « un courrier plus spécifique » quant à son état de santé.![endif]>![if> 24. Par réponse du 10 octobre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours, relevant qu'il était manifeste que la recourante avait vu son état de santé s'améliorer notablement depuis la décision du 11 novembre 2008 puisque l'atteinte à la santé dont elle souffrait à cette époque était en complète rémission. En effet, la Dresse G\_\_\_\_\_, médecin oncologue, ne retenait plus de limitations fonctionnelles et attestait une capacité de travail de 100% dans toute activité depuis le 29 juin 2012. ![endif]>![if> La recourante présentait actuellement d'autres atteintes à la santé, mais celles-ci n'entraînaient pas de limitations fonctionnelles suffisamment importantes pour permettre le maintien de son droit à une rente d'invalidité. 25. Par réplique du 27 octobre 2016, la recourante a indiqué qu'elle allait devoir subir plusieurs interventions chirurgicales au cours des deux à cinq ans à venir (remplacement du stent bi-iliaque droit et pose de prothèses de hanches). Aujourd'hui, elle traitait en priorité ses problèmes de dos. Elle pouvait également mentionner une ostéoporose avancée du rachis lombaire et des cols fémoraux, entraînant un haut risque de fractures.![endif]>![if> Outre ses problèmes de santé, la perspective d'être privée de ressources dès le 1<sup>er</sup> octobre 2016 était difficile à vivre, de sorte qu'elle avait commencé un suivi auprès de la doctoresse T\_\_\_\_\_, psychiatre. 26. Par courrier du 31 octobre 2016 à la chambre de céans, le Dr R\_\_\_\_\_ a indiqué que la recourante, qu'il suivait depuis dix ans, présentait plusieurs problèmes médicaux qui rendaient difficile voire impossible une réelle reprise de travail, à savoir :![endif]>![if> - une rémission complète d'une atteinte oncologique pulmonaire avec douleurs résiduelles post radiques ;![endif]>![if> - des stents des artères iliaques des deux côtés, un des stents étant sous surveillance ;![endif]>![if> - une atteinte du sus-épineux de l'épaule droite, opérée à deux reprises en 2007 et 2013. Cette pathologie entraînait des douleurs et des cervicalgies qui pouvaient être en rapport avec une hernie C3-C4 bien évoquée au moment de l'expertise du 9 mars 2016. Les douleurs étaient exacerbées lors des tentatives d'activité de la recourante. La position assise avec travail sur un clavier était rendue rapidement douloureuse après une heure ;![endif]>![if> - une pathologie lombaire qui obligeait la recourante à alterner rapidement les positions assise et debout. La recourante avait bénéficié de nombreuses infiltrations du fait des douleurs ;![endif]>![if> - une ostéoporose à haut risque fracturaire ;![endif]>![if> - une hypoacousie bilatérale à prédominance droite ;![endif]>![if> - une atteinte des deux hanches avec mise en place d'une prothèse prévue en 2007 et reportée du fait de

l'atteinte oncologique ;![endif]>![if> - une atteinte de l'état thymique sévère avec insomnie depuis la fin du droit à la rente. ![endif]>![if> Selon le Dr R\_\_\_\_\_, il était très difficile pour la recourante, malgré son caractère volontaire, de trouver une activité professionnelle en rapport avec ses possibilités physiques. Son état financier lui imposait de recourir à l'aide de l'Hospice général, situation vécue comme humiliante et qui pénalisait encore son état thymique. Au bénéfice de ces explications, ce médecin a conclu, en substance, au maintien de la rente d'invalidité de la recourante. 27. Le 29 novembre 2016, l'intimé a maintenu ses conclusions et produit un avis du 25 novembre 2016 de la doctoresse U\_\_\_\_\_, médecin SMR. ![endif]>![if> Selon cette dernière, le rapport du 31 octobre 2016 du Dr R\_\_\_\_\_ rappelait des atteintes somatiques déjà connues et prises en compte, en particulier les douleurs du rachis cervical et lombaire, qui avaient conduit le SMR à retenir – à la suite de l'examen rhumatologique du Dr M\_\_\_\_\_ – des limitations fonctionnelles et une diminution de la capacité de travail de l'ordre de 30%. Sur le plan psychique, le Dr R\_\_\_\_\_ signalait une « atteinte de l'état thymique sévère » depuis la décision de suppression de rente. Cet état thymique était donc réactionnel, d'apparition récente et postérieur à la décision contestée. Au final, le rapport du 31 octobre 2016 du Dr R\_\_\_\_\_ n'apportait aucune information nouvelle ou qui aurait été ignorée, justifiant que le SMR modifiât ses précédentes conclusions. 28. Par courrier du 8 décembre 2016, la recourante a informé la chambre de céans qu'elle était suivie par la doctoresse V\_\_\_\_\_, psychiatre, depuis novembre 2016. ![endif]>![if> 29. Par pli du 9 décembre 2016, la chambre de céans a invité la Dresse V\_\_\_\_\_ à lui faire parvenir un rapport médical sur l'état de santé de la recourante, à préciser depuis quand elle était sa psychiatre traitante et dans quelle mesure ses constatations et appréciations étaient le cas échéant valables à la date de la décision attaquée, soit le 19 août 2016.![endif]>![if> 30. Dans un rapport du 6 février 2017, la Dresse V\_\_\_\_\_ a mentionné que la recourante présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) avec des insomnies, un sommeil non récupérateur, une fatigue diurne importante, une diminution de l'appétit. Elle se sentait angoissée par rapport à l'avenir. En particulier, elle ne voyait pas quelle profession lui était accessible sans déclencher d'énormes douleurs. De surcroît, plusieurs opérations chirurgicales l'attendaient. Et son état dépressif était devenu encore plus important à l'annonce de la suppression de sa rente d'invalidité.![endif]>![if> 31. Invitée par la chambre de céans à répondre aux questions qui avaient été posées, la Dresse V\_\_\_\_\_ a précisé le 10 février 2017 qu'elle suivait la recourante depuis le 16 novembre 2016. Toutefois, ses constatations et appréciations consignées dans son rapport du 6 février 2007 étaient « anamnesticquement valables à la date du 19 août 2016, mais aussi logiquement ». En effet, la recourante n'avait jamais pu se reposer et récupérer après son cancer du poumon qui avait nécessité un cortège de traitements et lui avait valu une tension énorme vu les minces chances qu'elle avait de s'en sortir. Par ailleurs, elle avait dû enchaîner avec des problèmes familiaux qui l'avaient épuisée, en particulier le deuil de son père – décédé il y a un an et demi – qu'elle n'avait pas encore fait. ![endif]>![if> 32. Le 8 mars 2017, l'intimé a versé au dossier un nouvel avis du SMR, daté du 7 mars 2017, dans lequel la Dresse N\_\_\_\_\_ s'exprimait en ces termes au sujet des rapports de la Dresse V\_\_\_\_\_ : ce n'était que dans sa réplique du 27 octobre 2016 que la recourante avait évoqué, pour la première fois, l'apparition de difficultés psychologiques en lien avec la suppression de ses revenus dès le 1<sup>er</sup> octobre 2016. S'agissant des rapports de la Dresse V\_\_\_\_\_, il était difficile de comprendre sur quels éléments objectifs cette dernière s'appuyait pour poser ce diagnostic. Selon la Dresse N\_\_\_\_\_, les critères d'un trouble

dépressif récurrent au sens de la classification CIM-10 n'étaient pas remplis ; l'histoire de la maladie ne permettait pas de retrouver d'épisode dépressif dans le passé, séparé de l'épisode actuel par une période d'au moins deux mois sans perturbation significative de l'humeur. Ceux d'un épisode dépressif moyen ne l'étaient pas non plus. Le status psychiatrique établi par la psychiatre ne permettait pas de retrouver les six symptômes du critère C de la CIM-10. Même si l'assurée présentait une perturbation du sommeil et de l'appétit, elle ne présentait pas de culpabilité excessive, injustifiée ou inappropriée, d'idées ou de comportements suicidaires récurrents, de diminution de l'aptitude à penser, de perte de l'estime de soi, ni de modification de l'activité psychomotrice. Les symptômes dépressifs mentionnés par la Dresse V\_\_\_\_\_ plaidaient tout au plus en faveur d'un épisode dépressif léger (trois critères B et deux critères C), réactionnel et postérieur à la décision de l'OAI et influencé négativement par un contexte psychosocial difficile. De surcroît, même si l'assurée n'était suivie par sa psychiatre que depuis le 16 novembre 2016, celle-ci estimait, sur la base de la seule anamnèse, que le diagnostic psychiatrique était déjà présent au 19 août 2016, soit à la date de la décision litigieuse, ce qui apparaissait tout à fait insuffisant pour retenir un tel diagnostic. Dans ce contexte, la Dresse N\_\_\_\_\_ était d'avis qu'aucun diagnostic psychiatrique incapacitant ne pouvait être retenu.![endif]>![if> 33. Dans ses observations du 30 mars 2017, la recourante a relevé qu'elle n'avait pas encore pris rendez-vous avec la Dresse V\_\_\_\_\_ le 13 septembre 2016 mais qu'il ne lui était pas facile, moralement, d'accepter que ses rentes d'invalidité de l'assurance-invalidité et de la caisse de pension du CICR fussent supprimées. Cette décision était parfaitement injuste au regard de ses nombreux problèmes de santé qu'elle avait endurés ces douze dernières années. Rien ne permettait au SMR de penser qu'elle n'avait pas eu, « ces dix dernières années, de symptômes psychotiques ». En effet, elle avait toujours essayé de garder le moral, raison pour laquelle elle avait mis de côté, toutes ces années durant, l'aspect psychologique de sa situation.![endif]>![if> 34. Une copie de ce courrier a été transmise à l'intimé le 31 mars 2017 et la cause 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), 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, dès lors que la décision attaquée a été rendue en application de la LAI.![endif]>![if> b. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celle 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). Interjeté le 13 septembre 2016 contre la décision litigieuse du 19 août 2016, le recours a été formé en temps utile (art. 60 al. 1 LPGA). Il satisfait aux exigences de forme et de contenu – peu élevées – prévues par l'art. 61 let. b LPGA (cf. aussi art. 89B LPA). 2. Le litige porte sur le bien-fondé de la suppression de la rente entière d'invalidité de la recourante, singulièrement sur la question de savoir si son état de santé s'est amélioré depuis le dernier examen matériel de son droit à cette prestation. ![endif]>![if> 3. L'art. 17 al. 1 LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou

encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1<sup>er</sup> janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).>> Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3; 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 consid. 4.1). 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 141 V 9 consid. 2.3; 112 V 371 consid. 2b; 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). 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). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

4. Est réputée invalidité, l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (al. 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2 en vigueur dès le 1<sup>er</sup> janvier 2008).>> L'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70 % au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60 % au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50 % au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40 % au moins (art. 28 al. 2 LAI). Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

5. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se

présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).<sup>!</sup>[endif]>!<sup>[if></sup> b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGa), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 134 V 231 consid. 5.1; 133 V 450 consid. 11.1.3; 125 V 351 consid. 3). 6. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).<sup>!</sup>[endif]>!<sup>[if></sup> a. Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb). b/aa. Selon l'art. 59 al.2 bis LAI, les services médicaux régionaux sont à la disposition des offices AI pour évaluer les conditions médicales du droit aux prestations. Ils établissent les capacités fonctionnelles de l'assuré, déterminantes pour l'AI conformément à l'art. 6 LPGa, à exercer une activité lucrative ou à accomplir ses travaux habituels dans une mesure qui peut être raisonnablement exigée de lui. Ils sont indépendants dans l'évaluation médicale des cas d'espèce. À cet égard, l'art. 49 RAI prévoit que les services médicaux régionaux évaluent les conditions médicales du droit aux prestations. Ils sont libres dans le choix de la méthode d'examen appropriée, dans le cadre de leurs compétences médicales et des directives spécialisées de portée générale de l'office fédéral (al. 1). Les services médicaux régionaux peuvent au besoin procéder eux-mêmes à des examens médicaux sur la personne des assurés. Ils consignent les résultats de ces examens par écrit (al. 2). Le Tribunal fédéral rappelle que les nouveaux articles 59 al. 2 bis LAI et 49 RAI adoptés lors de la 5<sup>ème</sup> révision AI visent à ce que l'AI aient à disposition ses propres médecins en vue d'apprécier les conditions médicales du droit aux prestations. Ceux-ci peuvent en raison de leur connaissances médicales spécialisées se déterminer pour l'AI sur la capacité fonctionnelle des assurés. Ainsi, est-il possible de séparer les compétences entre le médecin traitant (traitement médical) et l'assurance sociale (conséquence de l'atteinte à la santé sur la capacité de travail). Toutefois, l'on ne peut se baser sur une appréciation du SMR que si celle-ci remplit les conditions relatives à la valeur probante des rapports médicaux, soit en particulier, en prenant en compte l'anamnèse, en décrivant la situation médicale et ses conséquences; par ailleurs, les conclusions doivent être motivées (ATF 125 V 351 ). Il n'est toutefois pas nécessaire que l'assuré soit examiné par les médecins du SMR; ceux-ci ne le font que « au besoin » (49 al. 2 RAI). Dans les autres cas, ils se déterminent sur la base des

pièces médicales au dossier. À cet égard, le fait qu'ils n'aient pas procédé à un examen médical n'est pas un motif pour remettre en question leur appréciation (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_323/2009 du 14 juillet 2009). b/bb. Un rapport au sens de l'art. 59 al. 2 bis LAI (en corrélation avec l'art. 49 al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 ; RAI – RS 831.201) a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPG) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées). c/aa. 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/bb. En cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, 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 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). 7. Lorsque le Tribunal cantonal des assurances (respectivement le Tribunal administratif fédéral) constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4). Un renvoi reste possible notamment quand il est fondé uniquement sur une question restée complètement non instruite jusqu'ici, lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_646/2010 du 23 février 2011 consid. 4).!

8. a. Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et

une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; 130 V 343 consid. 3.5.2).!

b. En l'espèce, lors de la décision initiale d'octroi de rente du 11 novembre 2008, l'intimé a reconnu à la recourante le droit à une rente entière d'invalidité dès le 1<sup>er</sup> février 2008 en raison d'un carcinome pulmonaire diagnostiqué en octobre 2007, entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité dès novembre 2007. Selon les rapports médicaux produits à cette époque, l'incapacité de travail, qui remontait au 19 février 2007, était due, dans un premier temps, à une opération pratiquée le 20 février 2007, motivée par une rupture du tendon sus-épineux de l'épaule droite. Selon un rapport du 17 avril 2008 du docteur I\_\_\_\_\_, alors chef de clinique au service de chirurgie orthopédique des HUG, l'évolution post-opératoire avait été très lentement favorable, ce qui ne lui avait pas permis de remettre la recourante au travail jusqu'en date du 3 octobre 2007, d'autant qu'une pathologie du labrum de la hanche droite avait été diagnostiquée dans l'intervalle, provoquant des douleurs à la marche et influençant aussi, à l'époque, la capacité de déplacement et de travail de l'intéressée. Selon ce médecin, qui l'avait revue pour la dernière fois le 3 octobre 2007, il était clair que la pathologie pulmonaire qui avait été mise en évidence à cette date était passée au premier plan par rapport à la pathologie de l'épaule et de la hanche droite, raison pour laquelle il ne pouvait pas donner de renseignements précis quant à la capacité de travail de la recourante d'un point de vue purement orthopédique (cf. dossier AI, doc 22 p. 1).

c. Dans le cadre de la procédure de révision initiée en mai 2011, l'intimé a fait sien l'avis du SMR du 26 avril 2016, ce dernier faisant la distinction entre l'atteinte pulmonaire d'une part et les atteintes ostéo-articulaires d'autre part, ces dernières autorisant la reprise d'une activité adaptée (dont l'activité habituelle de secrétaire) à un taux de 70% depuis le 19 mai 2014, soit six mois après la dernière intervention chirurgicale à l'épaule droite, référence étant faite au rapport d'examen rhumatologique du 29 mars 2016 du Dr M\_\_\_\_\_.

Aussi convient-il d'en examiner la valeur probante.

9. a. Dans le ledit rapport, les diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail concernent avant tout des troubles ostéoarticulaires à la colonne cervicale et lombaire, à l'épaule droite et à la hanche droite, mais aussi des affections relevant de spécialités médicales autres que la rhumatologie (status après carcinome pulmonaire et hypoacousie bilatérale dans le cadre d'un barotraumatisme).

Le Dr M\_\_\_\_\_ mentionne une incapacité de travail qui est tout au plus de 30% du point de vue purement ostéoarticulaire mais il retient tout de même une incapacité de travail de 30% au vu des limitations fonctionnelles qui se surajoutent et qui conduisent fatalement à une baisse de rendement. Il ne retient cependant pas d'incapacité de travail supérieure à 30% dans une activité adaptée et dans l'activité habituelle de secrétaire – qu'il juge adaptée – au vu de la tolérance relativement bonne de la position assise en cours d'entretien. Ce rapport d'examen a été établi après étude de toutes les pièces du dossier. Il contient un résumé du dossier, une anamnèse précise, les plaintes de la recourante, des observations cliniques, une description détaillée de l'évolution de l'état de santé de la recourante depuis février 2007 jusqu'au jour de l'examen, une évaluation de la capacité de travail dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée ainsi qu'une description des limitations fonctionnelles. Les évaluations du Dr M\_\_\_\_\_ sont motivées et se réfèrent à ses constatations cliniques.

b. La recourante a d'abord contesté le projet de décision de suppression de rente du 10 mai 2016 en produisant le rapport de consultation rhumatologique du 14 mars 2016 des Drs O\_\_\_\_\_ et P\_\_\_\_\_ ainsi qu'un rapport audiométrique du Dr Q\_\_\_\_\_ le 6 juin 2016. Force est de constater que le premier rapport

ne fait pas état d'une aggravation de l'état de santé ni d'une nouvelle atteinte depuis l'examen pratiqué par le 9 mars 2016 par le Dr M\_\_\_\_\_. Il ne comporte pas non plus d'appréciation de la capacité de travail ou des limitations fonctionnelles de la recourante. Quant à l'hypoacousie bilatérale rapportée par le Dr Q\_\_\_\_\_, elle était déjà connue de l'intimé en octobre 2014 (cf. dossier AI, doc 79) et le Dr M\_\_\_\_\_ en a précisément tenu compte dans la liste des limitations fonctionnelles de la recourante (absence de travail dans un environnement bruyant). Si l'on excepte le rapport du 29 juin 2012 de l'oncologue traitante, la Dresse G\_\_\_\_\_, qui retient une capacité de travail entière de la recourante dans son activité habituelle de secrétaire et dans toute autre activité adaptée, le seul autre médecin traitant à s'être prononcé sur sa capacité de travail à la date de la décision litigieuse est la Dresse D\_\_\_\_\_. Selon cette dernière, la recourante présentait une capacité respiratoire diminuée et des algies thoraciques mais l'activité habituelle de secrétaire était à nouveau exigible à 50% dès septembre 2012 s'il s'agissait d'un travail de bureau diurne avec pauses. Quoiqu'il en soit, il ne ressort pas de cette appréciation différente de la capacité de travail que le Dr M\_\_\_\_\_ aurait ignoré certains éléments pris en compte par la Dresse D\_\_\_\_\_. En effet, le Dr M\_\_\_\_\_ note que la recourante ne se plaint pas d'une dyspnée à l'effort, qu'elle n'est pas dyspnéique en cours d'entretien ou d'examen clinique et qu'elle ne semble donc pas présenter de difficultés respiratoires qui la handicaperaient dans une activité de secrétaire. Au demeurant, la Dresse D\_\_\_\_\_ ne prétend pas le contraire sur ce dernier point. Pour le surplus, le Dr M\_\_\_\_\_ a tenu compte des diverses algies rapportées par la recourante en cours d'entretien et retenu la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure les positions assise et debout. Enfin, son appréciation de la capacité de travail de 70% inclut la diminution de rendement induite par les diverses limitations fonctionnelles retenues. Dans ces circonstances, on rappellera qu'on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire (cf. ci-dessus : consid. 6b/aa et 6c/bb). Il découle de ce qui précède que les rapports médicaux des Drs O\_\_\_\_\_, P\_\_\_\_\_, Q\_\_\_\_\_ et D\_\_\_\_\_ ne sont pas de nature à remettre en cause les conclusions du Dr M\_\_\_\_\_. c. Le Dr M\_\_\_\_\_ a expressément relevé que son appréciation ne tenait pas compte d'une éventuelle pathologie « internistique » ou psychiatrique et qu'il laissait le soin au médecin responsable du dossier au SMR d'évaluer la capacité de travail du point de vue psychiatrique, oncologique, pneumologique et sous l'angle de la médecine interne. Aussi convient-il d'examiner si le SMR peut être suivi en tant qu'il retient, dans son avis du 26 avril 2016, que pour son carcinome pulmonaire, la recourante est en rémission depuis 2008 et que d'un point de vue oncologique, il existe une capacité de 100% dans toute activité depuis le 29 juin 2012, référence étant faite au rapport du 29 juin 2012 de la Dresse G\_\_\_\_\_. Le Dr R\_\_\_\_\_ indique dans son rapport du 31 octobre 2016 que nonobstant sa rémission complète, l'atteinte oncologique pulmonaire n'empêche pas des « douleurs résiduelles post radiques » qui, avec l'ensemble des autres atteintes à la santé, rendraient difficile voire impossible une réelle reprise de travail. Or, force est de constater que ces autres atteintes, en tout cas somatiques, ont déjà été prises en compte par le Dr M\_\_\_\_\_. Quant aux douleurs résiduelles alléguées, liées au traitement du cancer par radiothérapie – terminé en 2008 –, le Dr R\_\_\_\_\_, qui n'est pas oncologue, ne précise pas en quoi celles-ci seraient incapacitantes alors que l'oncologue traitante, la Dresse G\_\_\_\_\_, ne retient que des douleurs chroniques diffuses qui entraînent des limitations à la marche et dans les activités mais n'empêchent pas l'exercice de l'activité habituelle de secrétaire à plein temps. Quoi

qu'il en soit, la question de savoir s'il existait toujours, d'un point de vue oncologique, une incapacité de travail à l'époque de la décision litigieuse n'a en réalité pas de portée distincte des autres troubles somatiques. En effet, le Dr M\_\_\_\_\_ intègre le status après carcinome pulmonaire à sa liste des diagnostics avec répercussion durable sur la capacité de travail, tient compte de la fatigue – bien qu'améliorée – qui subsiste après les traitements oncologiques (cf. dossier AI, doc. 93 p. 9, avant-dernier paragraphe) ainsi que des douleurs rapportées par la recourante et constatées lors de l'examen clinique du 9 mars 2016. Et, comme relevé plus haut, ce médecin retient précisément une incapacité de travail de 30% au vu des limitations fonctionnelles qui se surajoutent aux troubles purement ostéoarticulaires. Quant au carcinome en tant que tel, sa rémission complète – qui a été confirmée par deux scanners thoraco-abdominaux en juin 2015, respectivement juin 2016 – n'est contestée par personne, y compris le Dr R\_\_\_\_\_. Aussi la chambre de céans s'en tiendra-t-elle à l'avis du 26 avril 2016 du SMR en tant qu'il retient que d'un point de vue oncologique, il existe une capacité de 100% dans toute activité depuis le 29 juin 2012. d. Il reste à déterminer si la recourante a présenté, au moment de la décision litigieuse, une pathologie psychiatrique qui s'ajouterait à ses troubles somatiques. Selon la Dresse V\_\_\_\_\_, qui ne suivait la recourante que depuis le 16 novembre 2016, la recourante présentait un « état dépressif clair » qui était devenu encore plus important « à l'annonce que l'AI ne lui donnait plus de rente », ce qui lui permettait de retenir le diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10). Invitée à donner des précisions, la Dresse V\_\_\_\_\_ a indiqué le 10 février 2017 que ses constatations et appréciations consignées dans le rapport du 6 février 2017 étaient anamnesticquement valables le 19 août 2016, date de la décision litigieuse mais « aussi logiquement » compte tenu des épreuves endurées par la recourante (cancer, deuil de son père, etc.). Force est de constater que l'examen conjoint du rapport du 6 février 2017 et du courrier du 10 février 2017 permet difficilement de comprendre comment la recourante aurait pu présenter, le 19 août 2016 déjà, un trouble dépressif, épisode actuel moyen, sans syndrome somatique (F33.10) alors que ce diagnostic serait consécutif au renforcement de « l'état dépressif clair » après la notification de la décision de suppression de rente à la recourante. Quant à la Dresse N\_\_\_\_\_, dont la spécialité est la médecine interne générale et non la psychiatrie, son rapport du 7 mars 2017 consiste pour l'essentiel à nier l'existence d'un diagnostic psychiatrique incapacitant sur la base d'une argumentation de texte fondée sur les critères diagnostiques de la CIM-10, sans avoir pour autant examiné la recourante. Or, selon la jurisprudence, il convient en général de se montrer réservé par rapport à une appréciation médicale telle que celle rendue par le SMR, dès lors qu'elle ne repose pas sur des observations cliniques auxquelles l'un de ses médecins aurait personnellement procédé, mais sur une appréciation fondée exclusivement sur les informations versées au dossier (arrêt du Tribunal fédéral 9C\_ 578/2009 du 29 décembre 2009 consid. 3.2 in fine). Dans ces circonstances, la chambre de céans n'est pas en mesure de se prononcer sur l'existence d'une atteinte psychiatrique incapacitante, ni sur la date de son éventuelle survenance. La dimension psychique du cas, pourtant expressément réservée par le Dr M\_\_\_\_\_, étant restée complètement non instruite jusqu'ici, il se justifie d'annuler la décision litigieuse et de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction complémentaire sur le plan psychiatrique. Cela fait, il lui appartiendra d'examiner si les conditions d'une révision (art. 17 al. 1 LPGA) sont réalisées puis de rendre une nouvelle décision. 10. a. Compte tenu de ce qui précède, le recours est partiellement admis, la décision du 19 août 2016 annulée et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants qui précèdent et nouvelle décision. [endif]>![if> b. La procédure en matière

de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1 bis LAI ; art. 89H al. 4 LPA), il y a lieu de condamner l'intimé, qui succombe, au paiement d'un émolument, arrêté au minimum à CHF 200.-. Obtenant partiellement gain de cause mais sans être représentée, la recourante n'a pas droit à des dépens (art. 61 let. g LPGA). \* \* \* \* \* PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme :

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