

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/2232/2016

ATAS/241/2018

**COUR DE JUSTICE**

**Chambre des assurances sociales**

**Arrêt du 19 mars 2018**

**10<sup>ème</sup> Chambre**

En la cause

Madame A\_\_\_\_\_, domiciliée à MEYRIN, comparant avec  
élection de domicile en l'étude de Maître Cyril MIZRAHI

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE  
GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE

intimé

**Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Pierre-Bernard PETITAT et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs**

---

**EN FAIT**

1. Madame A\_\_\_\_\_ (ci-après l'assurée), née le \_\_\_\_\_ 1970, au bénéfice d'un CFC de coiffeuse et ayant travaillé principalement en qualité d'employée de bureau, a déposé le 15 avril 2005 une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité (OAI).
2. Suite à un examen effectué le 2 novembre 2007 par le docteur B\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et le docteur C\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie auprès du Service médical régional de l'AI (SMR), ont été constatés, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, des rachialgies diffuses avec lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30) et un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11). Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait une fibromyalgie. Les limitations fonctionnelles étaient : la nécessité de pouvoir alterner deux fois par heure la position assise et debout, pas de soulèvement régulier de charges d'un poids excédant cinq kg, pas de port régulier de charges d'un poids excédant douze kg, pas de travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc. Sur le plan psychique, les limitations étaient : une impulsivité avec manque de contrôle de soi, une tendance à l'isolement avec repli sur soi, une perte d'intérêt et du plaisir pour les activités de la vie quotidienne et les activités habituellement agréables, un trouble cognitif dû à la dépression, une humeur dépressive ainsi qu'un sentiment d'inutilité et de désespoir. Sur le plan ostéo-articulaire, la capacité de travail était totale dans l'activité de secrétaire puisque cette activité tenait compte des limitations fonctionnelles. Dans l'activité de coiffeuse, la capacité de travail était de 50%. Sur le plan psychiatrique, la capacité de travail de l'assurée était nulle dans toute activité depuis décembre 2005 (rapport du 7 décembre 2007).
3. Par avis du 22 janvier 2008, le SMR a repris les conclusions des Drs B\_\_\_\_\_ et C\_\_\_\_\_. L'incapacité de travail de l'assurée était totale dans toute activité depuis décembre 2005.
4. Par décision du 11 décembre 2008, l'assurée, qui avait un statut mixte (active à 80%), a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité dès décembre 2006, sur la base d'un degré d'invalidité de 100%.
5. En avril 2010, l'OAI a entamé une procédure de révision du droit à la rente.
6. A la demande de l'OAI, par rapport du 29 septembre 2011, la doctoresse D\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie et médecine interne, et la doctoresse E\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie auprès du Bureau romand d'expertises médicales (BREM) ont diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, un status après hernie discale L5-S1 droite dans un contexte de lombalgies communes et de discopathies lombaires modérées ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F32.10),

premier épisode à l'âge de 18 ans, deuxième épisode dès 2004. Sans répercussion sur la capacité de travail, l'assurée présentait notamment une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), présente depuis jeune adulte, des céphalées d'origine probablement mixte tensionnelle et migraineuse ainsi qu'une séropositivité HIV.

Les limitations fonctionnelles étaient : éviter les charges répétitives de plus de cinq kg, occasionnelles de plus de douze kg et le porte-à-faux ; l'alternance de positions était souhaitée. Sur le plan psychique, les limitations étaient : une fluctuation de la thymie en fonction des événements existentiels, une anhédonie et une fatigabilité due aux troubles du sommeil.

Les experts ont estimé que l'assurée présentait une amélioration de sa situation psychique à compter de 2009. Sur le plan somatique, l'affection rachidienne restait compatible avec son ancienne activité dans le secrétariat. Sa capacité de travail était de 60% en raison des troubles psychiques depuis fin 2009 dans toute activité.

7. Le 22 février 2012, l'assurée a eu un entretien avec le service de réadaptation de l'OAI. L'assurée était abattue en raison du décès de son ami en Thaïlande, atteint du HIV comme elle. Elle n'arrivait plus à gérer émotionnellement sa vie quotidienne. Elle pleurait beaucoup et s'enfuyait dans le sommeil, en prenant des somnifères et des médicaments pour la dépression. Elle était suivie par un nouveau psychiatre, le docteur F\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie.

Selon le service de réadaptation, il convenait d'instruire l'état de santé de l'assurée auprès de ce psychiatre.

8. Le 3 octobre 2013, l'assurée a eu un entretien avec le service de réadaptation de l'OAI. Elle a expliqué notamment qu'en 2012, le père de sa fille était décédé. Depuis, elle avait fréquemment des poussées d'angoisses et son rythme nyctéméral s'était inversé ; elle était totalement fatiguée en journée. Les crises de panique étaient telles qu'elle ne se rendait pas dans les magasins seule pour faire les courses. Les médicaments (trithérapies – anxiolytiques) étaient peu compatibles : elle avait dû modifier son traitement. C'était le docteur G\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie qui la suivait. Elle relevait des problèmes de mémoire, de concentration et de planification. Elle ressentait beaucoup de fatigue existentielle.

Selon le service de réadaptation, il convenait d'instruire le dossier à la lumière des nouveaux éléments de santé. Les mesures de réinsertion n'étaient actuellement pas envisageables.

9. Le 22 octobre 2013, le service de réadaptation de l'OAI a clos le dossier de l'assurée : en raison des deuils successifs qui avaient beaucoup affecté l'assurée, son état de santé psychique s'était nettement aggravé après l'expertise du BREM. Une amélioration lente était en cours, mais elle n'était ni suffisante pour permettre une réussite des mesures de réinsertion progressive, et encore moins un retour dans le circuit économique.

10. Par rapport du 26 décembre 2013, le Dr G \_\_\_\_\_ a indiqué suivre l'assurée depuis le 26 septembre 2013. Il a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen sans syndrome somatique, premier épisode à 18 ans, deuxième épisode depuis 2004 (F32.10), une insomnie d'endormissement et un trouble du rythme veille-sommeil ainsi qu'une parasomnie de type somnambulisme.

Les limitations fonctionnelles étaient : une humeur dépressive, la fatigue, l'asthénie, les angoisses, associées aux troubles importants du sommeil qui rendaient la capacité de travail de l'assurée pratiquement nulle. L'insomnie d'endormissement avait provoqué un abus de somnifères associés aux antalgiques pour les douleurs du dos. L'assurée ne s'endormait que vers les dernières heures de la nuit pour se réveiller dans l'après-midi. Elle présentait un somnambulisme objectivé par sa fille ou une amie. Ce trouble était dû aux benzodiazépines. Suite à un sevrage, le somnambulisme avait disparu. Cependant, l'insomnie et l'inversion du rythme nyctéméral persistaient.

Selon le médecin, il n'y avait pas eu de modification de l'état de santé depuis 2004. L'assurée prenait un antidépresseur et un hypnotique. Les consultations avaient lieu une fois par semaine. Il ne pouvait pas se prononcer actuellement sur la question de savoir si on pouvait envisager un retour au travail ultérieurement dans le même métier ou dans un autre. La "capacité" de travail de l'assurée était de 100% dans toute activité.

11. Par avis du 10 avril 2014, le SMR a estimé qu'une expertise pluridisciplinaire était nécessaire : psychiatrique, pneumologique (dans le but d'évaluer les troubles du sommeil) et de médecine interne (pour évaluer le problème infectiologique HIV avec la fatigue actuelle).
12. Suite à un séjour de l'assurée à la Clinique romande de réadaptation (CRR) du 15 au 17 septembre 2015, les docteurs H \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, I \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en pneumologie, J \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et K \_\_\_\_\_, spécialiste FMH en rhumatologie ont, par rapport du 5 octobre 2015, diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de l'assurée, des lombosciatalgies gauches chroniques et un status après discectomie L5-S1 gauche pour hernie discale en 2013. Sans répercussion sur sa capacité de travail, l'assurée présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (F33.1) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.3).

Les limitations fonctionnelles étaient : pas de port de charges de plus de cinq kg, pas de travaux en antéflexion du tronc et la nécessité de pouvoir alterner les positions. La capacité de travail était entière dans toute activité respectant ces limitations, sans diminution de rendement. L'assurée n'ayant pas travaillé depuis plus de dix ans, un réentraînement au travail était nécessaire. Une aide au placement était souhaitable. En l'absence d'évaluation médicale depuis 2013, les

experts ont retenu que le degré d'incapacité de travail était resté inchangé jusqu'à la date de leur expertise.

13. Par avis du 18 février 2016, le SMR a estimé qu'il convenait de se référer aux conclusions des experts de la CRR et de retenir une capacité de travail totale dans une activité adaptée dès septembre 2015.
14. Par projet du 23 février 2016, l'OAI a informé l'assurée qu'il entendait lui supprimer le droit à la rente.
15. Le 1<sup>er</sup> mars 2016, l'assurée a contesté ce projet de décision, faisant valoir qu'elle n'était pas prête psychologiquement à travailler.
16. Par rapport du 21 mars 2016 adressé à l'OAI, le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué notamment qu'il avait reçu l'assurée pour la première fois le 26 septembre 2013 pour soigner ses troubles dépressifs, ses angoisses et son insomnie. Elle présentait une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt et du plaisir, une fatigue, une diminution de la concentration, de l'estime de soi et de la confiance en soi, des idées de dévalorisation et de culpabilité, une attitude morose, ainsi que le sentiment d'avoir échoué dans sa vie. Elle présentait une anxiété généralisée. Le sommeil était très perturbé avec un trouble très important de l'endormissement et une parasomnie.

Le Dr G\_\_\_\_\_ a expliqué que dans son rapport du 26 décembre 2013, il avait répondu que les troubles rendaient la capacité de travail de l'assurée nulle. Il avait indiqué que la capacité de travail pourrait devenir pleine, si, bien entendu, son état de santé s'améliorait. Enfin, il avait répondu qu'il ne pouvait pas se prononcer sur un retour au travail.

Actuellement, les troubles dépressifs s'étaient peu améliorés par rapport à leur début. L'assurée vivait avec son fils, elle n'avait pas de vie sentimentale, ni sociale. Les diagnostics étaient des troubles dépressifs récurrents, épisodes moyens sans symptômes psychotiques (F32.10), une insomnie d'endormissement et des troubles de rythme nyctéméral, une parasomnie de type somnambulisme et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif. Le médecin préconisait une capacité de travail de 60%, avec la mise en place d'une réadaptation professionnelle.

17. Par rapport du 18 avril 2016 à l'OAI, la docteure L\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en médecine interne générale, a indiqué suivre l'assurée depuis mars 2016. Celle-ci lui avait été adressée pour initier un suivi de médecine générale et pour la prise en charge de son état d'anxiété et de ses crises de panique en complément de son suivi psychiatrique, vu leur grand impact sur sa vie quotidienne. L'état d'anxiété important associé à des crises de panique entraînait de grandes difficultés, voire l'incapacité de sortir de son domicile. Il convenait de prendre en compte dans l'évaluation de sa capacité de travail, son état d'anxiété, lequel n'avait pas été mentionné dans l'expertise de 2015. Le médecin suggérait, en cas d'amélioration des symptômes, la mise en place de mesures professionnelles.

18. Le 24 mai 2016, le SMR a estimé que ces deux rapports n'apportaient pas de nouveaux éléments médicaux pouvant parler en faveur d'une aggravation. La séropositivité était connue et l'assurée bénéficiait d'un traitement. On pouvait donc plutôt s'attendre à une amélioration clinique. La capacité de travail de l'assurée était entière dans toute activité. Un coaching, dans le cadre de la réinsertion professionnelle, était fortement recommandé.
19. Par décision du 27 mai 2016, l'OAI a supprimé le droit à la rente de la recourante dès le premier jour du deuxième mois qui suivait la notification de la décision.
20. Par acte du 29 juin 2016, l'assurée, par l'intermédiaire de son conseil, a interjeté recours contre cette décision, concluant, sous suite de frais et dépens, principalement, à son annulation et au renvoi de la cause à l'intimé pour instruction complémentaire, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire et au maintien du droit à la rente entière, et plus subsidiairement, à l'octroi d'une mesure d'ordre professionnel.

La recourante a contesté la valeur probante de l'expertise de la CRR : les experts avaient pour mission notamment d'évaluer le problème infectiologique HIV et ses liens avec sa fatigue. Or, le Dr H\_\_\_\_\_ n'avait pas fait la moindre analyse des conséquences de la séropositivité. L'expertise était également incomplète en raison de l'absence d'une évaluation neuropsychologique et le rapport psychiatrique n'était pas convaincant. Enfin, un volet infectiologique et/ou pharmacologique aurait dû être mis en place.

A l'appui de son recours, la recourante a produit un rapport du 24 juin 2016 du docteur M\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en infectiologie aux Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), expliquant qu'il suivait la recourante depuis le 13 novembre 2013. Au vu du traitement psychiatrique extrêmement lourd nécessaire à sa stabilisation psychiatrique, qui associait un neuroleptique, un antiépileptique, un antidépresseur et des benzodiazépines, la présence de troubles neurocognitifs était fort probable et la sévérité de cette atteinte justifiait absolument un examen neuropsychologique détaillé pour évaluer la capacité de travail de la recourante. Le Dr M\_\_\_\_\_ était frappé par les conclusions de l'expert psychiatre, qui avait conclu, sans avoir pu observer la recourante sur le long terme, à une stabilité de son état psychiatrique. Le médecin rappelait que durant les trois années où il avait pu suivre la recourante, à un rythme trimestriel, les changements médicamenteux de psychotropes opérés par son psychiatre avaient été extrêmement fréquents. Ceci démontrait la complexité de la prise en charge, qui aurait nécessité une communication avec le psychiatre traitant. De plus, l'absence d'activités construites occupant les journées de la recourante avait été interprétée comme de "l'oisiveté" par l'expert psychiatre, sans envisager de graves troubles de l'attention, de la concentration ou de la mémoire comme pouvant expliquer ce vide dans les activités quotidiennes. La recourante avait un rendez-vous le 4 juillet 2016 pour faire un examen neuropsychologique.

21. Le 21 juillet 2016, la recourante a versé à la procédure un rapport d'examen neuropsychologique du 10 juillet 2016 établi par le docteur N\_\_\_\_\_, spécialiste FMH en neurologie, Monsieur O\_\_\_\_\_, docteur en psychologie et neuropsychologue et Monsieur P\_\_\_\_\_, psychologue diplômé et neuropsychologue stagiaire aux HUG. Le bilan avait mis en évidence un tableau marqué par un trouble neurocognitif léger associé au HIV, caractérisé au premier plan par des déficits d'intensité légère à modérée sur le plan exécutif, attentionnel et mnésique, associés à une fatigabilité. L'impact des difficultés cognitives objectivées sur les activités quotidiennes était modéré. Les médecins relevaient dans ce contexte l'influence des facteurs thymiques pour lesquels la recourante était actuellement prise en charge. D'un point de vue strictement neuropsychologique, une reprise professionnelle était, en l'état, prématurée. Les médecins ne retenaient pas de signes de majoration des troubles cognitifs, les performances aux tests correspondant aux capacités cognitives de la recourante.

Selon la recourante, ces spécialistes confirmaient qu'une reprise professionnelle était prématurée en raison de ses troubles neuropsychologiques. Elle amplifiait ses conclusions en sollicitant la restitution de l'effet suspensif.

22. Par réponse du 13 septembre 2016, l'intimé a conclu au rejet du recours pour les motifs indiqués dans sa décision litigieuse.

Par ailleurs, les experts avaient pris en compte la séropositivité de la recourante et on ne pouvait dénier toute valeur probante à l'expertise du fait que les experts n'avaient pas jugé utile de procéder à un examen neuropsychologique. A cet égard, selon l'avis du SMR du 13 septembre 2016, que l'intimé versait à la procédure, il n'existait aucun signe d'appel en faveur de troubles neurocognitifs. En outre, l'expert psychiatre avait expliqué les raisons pour lesquelles il ne retenait plus une incapacité de travail ou une baisse de rendement. Une instruction complémentaire était donc inutile. Enfin, l'intimé a conclu au refus du rétablissement de l'effet suspensif.

Selon l'avis précité du SMR, les experts avaient tenu compte de la séropositivité HIV traitée par trithérapie, en ce sens qu'ils avaient considéré que cette atteinte n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. Par ailleurs, hormis une fatigue et des troubles du sommeil, purement anamnestiques puisqu'aucun trouble du sommeil n'avait été objectivé par l'examen polysomnographique, il n'existait dans le dossier aucun signe d'appel en faveur de troubles neurocognitifs. Le bilan neuropsychologique produit par la recourante n'était pas convaincant car il n'avait pas été fait en raison de la suspicion clinique de tels troubles, mais en tant qu'éléments de preuve dans le cadre de la procédure de recours contre la décision litigieuse. On ne savait pas sur quels éléments objectifs les examinateurs se fondaient pour affirmer qu'il n'y avait pas de signe de majoration. Enfin, les troubles mis en évidence paraissaient de toute façon insuffisants pour justifier que la recourante ne puisse pas reprendre une activité professionnelle.

23. Par arrêt incident du 26 septembre 2016, la chambre de céans a déclaré le recours recevable et a rejeté la requête en rétablissement de l'effet suspensif. Elle a réservé la suite de la procédure (ATAS/756/2016).

24. Par réplique du 17 octobre 2016, la recourante a fait valoir notamment que les experts n'avaient pas respecté le cadre du mandat fixé par le SMR et que les conséquences du virus HIV n'avaient pas été instruites ; l'expertise n'avait pas de valeur probante. En outre, les experts s'étaient fondés sur un état de fait erroné puisqu'ils avaient retenu que le traitement antiviral avait débuté en 2008, alors qu'il l'avait été en 2011 seulement. Ils en avaient faussement déduit que compte tenu de sa durée, le traitement était bien toléré. Or, l'examen neuropsychologique démontrait le contraire. En outre, le SMR aurait dû disposer d'un rapport du Dr M\_\_\_\_\_, spécialiste qui suivait la recourante depuis fin 2013.

Par ailleurs, la recourante avait récemment fait une tentative de suicide et elle se trouvait aux urgences des HUG, en attendant son transfert à l'hôpital de Belle-Idée. Ce fait confirmait que l'appréciation de l'expert psychiatre était erronée. La recourante sollicitait que ses médecins psychiatres puissent faire parvenir à la chambre de céans un rapport sur son état de santé.

25. Par duplique du 10 novembre 2016, l'intimé a maintenu que l'atteinte HIV n'avait pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante. La fatigabilité avait été mise en avant dans les plaintes subjectives et un examen psychiatrique avait été effectué. Ces plaintes n'avaient pas été estimées suffisamment graves pour avoir une influence sur la capacité de travail de la recourante. Les experts s'étaient conformés à leurs obligations, ils devaient notamment décerner l'influence de la fatigue sur la capacité de travail de la recourante. Cette fatigue n'avait pas été objectivée. Par ailleurs, les troubles neuropsychologiques étaient insuffisants pour justifier une incapacité de travail. Enfin, s'agissant de l'hospitalisation de la recourante, elle devait faire l'objet d'une procédure distincte dès lors qu'elle était survenue postérieurement à la décision litigieuse.

26. Le 18 septembre 2017, la chambre de céans a entendu les parties.

La recourante a expliqué : "En ce qui concerne ma vie quotidienne actuelle, ceci depuis les événements d'octobre 2016, et mon état de santé, je reste beaucoup à la maison et dors beaucoup, car je suis très fatiguée. Je souffre également de douleurs, en particulier en cas de changement de temps. Pour être précise, mes douleurs sont permanentes, mais plus intenses lors des changements de temps.

Je ne travaille plus depuis environ quatorze ans. Je n'ai pas tenté de reprendre une activité ces derniers temps.

Ces derniers temps, j'ai été hospitalisée une première fois en octobre 2016, et une nouvelle fois, à ma demande, en janvier 2017.

Hormis ce que je viens de décrire, j'avais déjà subi une dépression après le décès de mon compagnon, en 2011. Je dois dire que j'ai de la peine à vous répondre

immédiatement, dans la mesure où je suis fatiguée et où j'ai de la peine à me concentrer.

Vous me faites observer que tout à l'heure, je vous ai indiqué que j'avais, ces derniers temps, été hospitalisée à deux reprises. Vous me demandez ce qu'il en est d'une hospitalisation supplémentaire en juillet de cette année et je vous réponds qu'il ne s'agissait pas d'une hospitalisation, mais d'une intervention ambulatoire au CAPPI, le 20 juillet 2017. En fait, mon médecin psychiatre souhaitait me faire hospitaliser, ce que je ne voulais pas. C'est ainsi que j'ai suivi pendant quelque temps la consultation ambulatoire de cette unité des HUG.

Sur question de mon avocat, j'indique que le traitement de trithérapie que je suis actuellement depuis 2008 me fatigue sur le plan psychique, et a des conséquences sur ma concentration et sur ma mémoire. En fait, ces conséquences se manifestent dans ma vie de tous les jours.

Concernant ma thymie, celle-ci n'est pas stable : ça monte et ça redescend. Je ne peux pas dire qu'il y ait véritablement des périodes identifiables où je vais bien et d'autres où je vais moins bien. Cela dure depuis très longtemps, et cela doit remonter à l'époque de mes 18 ans. »

L'intimé n'a eu ni question ni remarque.

Le conseil de la recourante a produit de nouveaux documents médicaux relatant et expliquant, selon lui, l'aggravation de l'état de santé de sa cliente.

Il a rappelé qu'il avait sollicité l'audition des médecins et autres neuropsychologues de sa cliente, ceci dans le but d'établir les conséquences de son état sur sa capacité de travail. A ce stade, il pensait qu'une interpellation écrite de ces praticiens pourrait suffire, sans avoir besoin de les convoquer.

La chambre de céans a imparti un délai à l'intimé pour soumettre au SMR les pièces médicales versées à la procédure et se prononcer sur l'audience. Un délai était réservé à la recourante pour se prononcer sur les écritures de l'intimé.

27. Les nouvelles pièces versées à la procédure par la recourante étaient :

- un rapport du 3 novembre 2016 du docteur Q\_\_\_\_\_, médecin chef de clinique au département de santé mentale et de psychiatrie des HUG, suite à l'hospitalisation de la recourante du 17 octobre au 3 novembre 2016 en raison d'une idéation suicidaire dans le contexte d'une anxiété majeure. Le médecin a diagnostiqué une personnalité émotionnellement labile, type borderline, et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques. En juillet 2016, le service des maladies infectieuses avait demandé une évaluation psychiatrique. Une prise en charge au Programme Troubles anxieux à partir de l'automne 2016 avait été décidée. La recourante décrivait une péjoration dépressive progressive depuis 2008 dans le contexte de décès successifs (le père de son fils, puis son compagnon ainsi que le père de sa fille). En 2016, elle avait également perdu sa meilleure amie, motif déclencheur de

son passage à l'acte. Elle décrivait une thymie dépressive, un isolement social et des symptômes anxieux, tels qu'une agoraphobie, une anxiété généralisée et des TOC de vérification, ce qui l'obligeait à rester chez elle la plupart du temps et à éviter les contacts sociaux. Ses enfants avaient pu verbaliser le fait d'avoir assisté à la dégradation de l'état psychique de leur mère depuis environ cinq ans. Les décès avaient contribué à l'aggravation de son état ;

- un rapport du 5 janvier 2017 du Dr Q\_\_\_\_\_, suite à l'hospitalisation de la recourante du 28 décembre 2016 au 5 janvier 2017, en raison d'idées suicidaires depuis une semaine ;
  - un résumé d'intervention ambulatoire au CAPPI du 29 mai au 19 juillet 2017 (rapport du 20 juillet 2017 du docteur R\_\_\_\_ et de la doctoresse S\_\_\_\_\_).
28. Par écriture du 9 octobre 2017, l'intimé a estimé que les pièces médicales produites en audience ne permettaient pas de faire une appréciation différente du cas, conformément à l'avis du SMR du 6 octobre 2017, qu'il versait à la procédure. Selon le SMR, les rapports montraient le côté fluctuant de la thymie et non durable des aggravations des épisodes dépressifs. Les atteintes psychiques n'étaient pas d'intensité sévère de façon suffisamment durable pour justifier une incapacité de travail totale.
29. Par écriture du 30 octobre 2017, la recourante a fait valoir notamment qu'il était erroné de considérer que les aggravations des épisodes dépressifs étaient "non durables". C'était l'amélioration qui n'était pas durable, puisqu'elle avait été hospitalisée et prise en charge à trois reprises depuis le 27 mai 2016.
30. Le 9 février 2018, l'intimé a adressé à la chambre de céans une copie d'un courrier de la recourante du 5 février 2018 l'informant qu'elle avait commencé un nouveau traitement de médecine naturelle.
31. Sur ce, la chambre de céans a gardé la cause à juger.

### **EN DROIT**

1. La compétence de la chambre de céans et la recevabilité du recours ont déjà été examinées dans l'arrêt incident du 26 septembre 2016, de sorte qu'il n'y a pas lieu d'y revenir ici (ATAS/756/2016).
2. Le litige porte sur la question de savoir si c'est à bon droit que l'intimé a supprimé le droit à la rente de la recourante.
3. On peut envisager quatre cas dans lesquels un conflit peut surgir entre une situation juridique actuelle et une décision de prestations, assortie d'effets durables, entrée en force formelle : une constatation inexacte des faits (inexactitude initiale sur les faits) peut, à certaines conditions, être corrigée par une révision procédurale conformément à l'art. 53 al. 1 LPGA. Lorsqu'une modification de l'état de fait déterminante sous l'angle du droit à la prestation (inexactitude ultérieure sur les faits) survient après le prononcé d'une décision initiale exempte d'erreur, une

adaptation peut, le cas échéant, être effectuée dans le cadre d'une révision de la rente au sens de l'art. 17 al. 1 LPGA. Si la décision est fondée sur une application erronée du droit (application initiale erronée), il y a lieu d'envisager une révocation sous l'angle de la reconsidération (art. 53 al. 2 LPGA). Enfin, il est des cas où une modification des fondements juridiques déterminants intervient après le prononcé de la décision (ATF 135 V 215 consid. 4.1; ATF 127 V 10 consid. 4b).

L'art. 17 al. 1<sup>er</sup> 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; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3; arrêt du Tribunal fédéral 9C\_622/2015 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; ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 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).

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; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).
6. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 127 V 294

---

consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2).

7. 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).

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. A 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 125 V 351 consid. 3).

c. 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.

d. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

e. En ce qui concerne les rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc).

---

f. On ajoutera qu'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. A 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 Nr. 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).

8. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).
9. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales 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. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment 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. 4.4.1.3 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).

10. a. En l'occurrence, l'intimé est d'avis que l'état de santé de la recourante s'est amélioré depuis la décision de rente du 11 décembre 2008, ce que la recourante conteste.

Il convient dès lors de comparer les faits tels qu'ils se présentaient au 11 décembre 2008, date de l'octroi de la rente entière d'invalidité, avec les circonstances existant au 27 mai 2016, date de la décision litigieuse.

b. Suite à un examen effectué par le Dr B\_\_\_\_\_ et le Dr C\_\_\_\_\_ (rapport du 7 décembre 2007), le SMR a retenu que la recourante présentait, avec répercussion sur sa capacité de travail, un trouble de la personnalité émotionnellement labile, type impulsif (F60.30), un trouble dépressif récurrent, épisode moyen à sévère, épisode actuel moyen avec syndrome somatique (F33.11), des rachialgies diffuses avec lombosciatalgies bilatérales dans le cadre de troubles statiques et dégénératifs du rachis avec hernie discale L4-L5. En raison des troubles psychiques, la capacité de travail de la recourante était nulle dans toute activité depuis décembre 2005.

c. Dans le cadre de la procédure de révision ouverte en avril 2010, l'intimé a mis en œuvre une expertise rhumatologique et psychiatrique auprès du BREM, concluant, avec répercussion sur la capacité de travail, à un status après hernie discale L5-S1 droite dans un contexte de lombalgie commune et de discopathies lombaires modérées ainsi qu'à un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger sans syndrome somatique (F32.10). Sans répercussion sur la capacité de travail, la recourante présentait une personnalité émotionnellement labile type borderline (F60.31), des céphalées et une séropositivité HIV. La recourante présentait une amélioration de sa situation psychique. Sa capacité de travail était de 60% depuis fin 2009.

Suite à deux entretiens avec la recourante les 22 février 2012 et 3 octobre 2013, le service de réadaptation de l'intimé a estimé que l'état de santé de la recourante rendait inenvisageable la mise en œuvre de mesures de réinsertion. Une nouvelle instruction médicale était nécessaire.

A la demande de l'intimé, les Drs H\_\_\_\_\_, I\_\_\_\_\_, J\_\_\_\_\_ et K\_\_\_\_\_, spécialistes auprès de la CRR, ont, par rapport du 5 octobre 2015, diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail de la recourante, des lombosciatalgies gauches chroniques et un status après discectomie L5-S1 gauche pour hernie discale en 2013. Sans répercussion sur sa capacité de travail, la recourante présentait un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen (F33.1) et un trouble de la personnalité émotionnellement labile de type impulsif (F60.3). A compter de la date de l'expertise, la capacité de travail de la recourante était entière dans toute activité respectant les limitations fonctionnelles somatiques.

En se fondant sur les conclusions de cette expertise, l'intimé a retenu, par la décision litigieuse du 27 mai 2016, que la recourante présentait une amélioration de

son état de santé et que sa capacité de travail était entière dans toute activité adaptée dès septembre 2015.

A la lecture de l'ensemble des pièces versées à la procédure, la chambre de céans est toutefois d'avis que les conclusions de l'expertise rendue par les spécialistes de la CRR ne peuvent pas être confirmées, et ce pour les motifs qui suivent.

Sur le plan psychique, le Dr J\_\_\_\_\_ a diagnostiqué notamment un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger à moyen, lequel n'était pas incapacitant. La chambre de céans peine toutefois à comprendre les conclusions auxquelles a abouti ce spécialiste, dans la mesure où son rapport ne permet pas de savoir si la recourante présentait, en particulier, une diminution de l'appétit, une diminution de l'estime de soi et de la confiance de soi, des idées de culpabilité et de dévalorisation, une agitation, une perte de poids, une altération de la capacité à éprouver du plaisir et de l'intérêt, voire même si elle souffrait d'une fatigue importante. On déduit ainsi de la teneur du rapport du Dr J\_\_\_\_\_ qu'aucune question sur ces symptômes n'a été posée à la recourante. L'absence d'informations sur ces symptômes est d'autant plus étonnante que selon la CIM-10 (F32), c'est leur nombre et leur sévérité qui permettent de déterminer les trois degrés d'un épisode dépressif léger, moyen ou sévère.

Par ailleurs, alors que les médecins du SMR avaient constaté une tendance à l'isolement avec repli sur soi (rapport du 7 décembre 2007), le Dr J\_\_\_\_\_ n'a pas examiné les raisons pour lesquelles la recourante n'avait pas d'activités, se contentant de relever qu'elle avait un mode de vie oisif.

En outre, la recourante a non seulement fait état de ses angoisses (p. 8 du rapport du 5 octobre 2015), de ses manifestations anxieuses (p. 3 du rapport du Dr J\_\_\_\_\_), de son anxiété (p. 2 du rapport du Dr I\_\_\_\_\_), mais elle a également indiqué à l'expert psychiatre qu'elle suivait un traitement anxiolytique. Force est toutefois de constater que le Dr J\_\_\_\_\_ n'a posé aucune question à la recourante concernant son état d'anxiété. Or, avant que le Dr J\_\_\_\_\_ ne se prononce, le Dr G\_\_\_\_\_ avait pourtant relevé l'existence d'angoisses comme étant un des facteurs rendant la capacité de travail de la recourante pratiquement nulle (rapport du 26 décembre 2013), ce qu'il a encore confirmé dans son rapport du 21 mars 2016 en indiquant que la recourante présentait notamment une anxiété généralisée lorsqu'elle était venue le consulter en septembre 2013.

Enfin, il apparaît que le Dr J\_\_\_\_\_ est parti du postulat que le Dr G\_\_\_\_\_ avait retenu une capacité de travail entière dans son rapport du 26 décembre 2013. Or, la lecture dudit rapport, dans son intégralité, ne permet pas de tirer une telle conclusion. Si le Dr G\_\_\_\_\_ y indique certes une capacité de 100% dans toute activité, il mentionne toutefois également les limitations fonctionnelles rendant la capacité de travail de la recourante pratiquement nulle et le fait qu'il ne pouvait pas se prononcer sur la question de savoir si on pouvait envisager un retour au travail ultérieurement.

Pour l'ensemble de ces motifs, le rapport d'expertise établi par le Dr J\_\_\_\_\_ ne peut se voir accorder une valeur probante.

On relèvera également qu'avant la notification de la décision litigieuse le 27 mai 2016, il apparaît que la recourante présentait un état d'anxiété important et des crises de panique qui entraînaient de grandes difficultés, voire une incapacité de sortir de son domicile (rapport du 18 avril 2016 de la Dresse L\_\_\_\_\_). Par la suite, en juillet 2016, le service des maladies infectieuses des HUG a demandé une évaluation psychiatrique de la recourante. A partir de l'automne 2016, une prise en charge de la recourante au programme troubles anxieux a été décidée. Enfin, la recourante a dû être hospitalisée du 17 octobre au 3 novembre 2016 en raison d'une idéation suicidaire dans le contexte d'une anxiété majeure (rapport du 3 novembre 2016 du Dr Q\_\_\_\_\_). Si ces derniers événements se sont certes produits postérieurement à la notification de la décision litigieuse du 27 mai 2016, il n'en demeure pas moins que se pose la question de savoir si à cette date, la recourante présentait déjà des troubles anxieux entraînant une répercussion sur sa capacité de travail.

En outre, force est de constater que le diagnostic de séropositivité au HIV a été omis par les experts. Qui plus est, si le Dr H\_\_\_\_\_ a certes mentionné que le traitement médicamenteux entraînait une fatigue, il n'a en revanche pas abordé la question de l'effet de cette fatigue sur la capacité de travail de la recourante. Quoiqu'il en soit, dans la mesure où la recourante était suivie, depuis plusieurs années, par un spécialiste en infectiologie, les experts de la CRR auraient dû relever l'absence d'un rapport médical récent au dossier de la recourante et le SMR aurait dû requérir un tel rapport avant que l'intimé ne rende sa décision. Enfin, il apparaît que le traitement suivi par la recourante entraîne des troubles neuropsychologiques, lesquels auraient, selon les spécialistes des HUG, des conséquences sur sa capacité de travail (bilan neuropsychologique du 10 juillet 2016).

Pour l'ensemble de ces motifs, la chambre de céans constate que l'expertise de la CRR ne permet pas d'effectuer une appréciation concluante et adéquate de la situation médicale de la recourante et de déterminer si elle présentait, au 27 mai 2016, un changement important depuis le 11 décembre 2008, au sens de l'art. 17 LPGA. A défaut d'autres informations médicales fiables et suffisantes au dossier permettant de se prononcer, au degré de la vraisemblance prépondérante, il convient dès lors de renvoyer la cause à l'intimé pour instruction médicale complémentaire, sous la forme d'une expertise psychiatrique, rhumatologique, neuropsychologique et infectiologique.

11. Le recours sera donc admis et la décision litigieuse du 27 mai 2016 sera annulée. La cause sera renvoyée à l'intimé pour mise en œuvre d'une expertise psychiatrique, rhumatologique, neuropsychologique et infectiologique.
12. La recourante, représentée par un conseil et obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 3'500.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens

(art. 61 let. g LPGA; art. 89 H de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA – E 5 10]; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

13. Etant donné que, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1bis LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

**PAR CES MOTIFS,  
LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES :**

**Statuant**

**Au fond :**

1. Admet le recours.
2. Annule la décision litigieuse de l'intimé du 27 mai 2016.
3. Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire au sens des considérants.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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