

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3448/2016

ATAS/617/2017

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 6 juillet 2017

6^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître David METZGER

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Valérie MONTANI, Présidente ; Maria Esther SPEDALIERO et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Par décisions des 1^{er} décembre 2002 et 1^{er} avril 2003, Madame A_____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née le _____ 1956, originaire du Brésil, a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} mai 1998, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.
2. Le 21 novembre 2005, l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI) a ouvert une procédure de révision.
3. Le 25 décembre 2005, l'assurée a signalé que son état de santé s'était aggravé.
4. Le Service Médical Régional AI (ci-après : SMR) a estimé le 12 mars 2007 que sans traitement psychiatrique, l'état psychique de l'assurée était au mieux superposable à celui de la date de la décision reconnaissant un taux d'invalidité de 100 %.
5. Par communication du 19 mars 2007, l'OAI a maintenu la rente d'invalidité de l'assurée, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %.
6. Courant 2012, l'OAI a ouvert une procédure de révision de la rente d'invalidité de l'assurée.
7. Selon un extrait du compte individuel de l'assurée de la Caisse cantonale genevoise de compensation du 17 octobre 2012, envoyé à l'OAI le 23 octobre 2012, l'assurée avait travaillé pour Madame B_____ en 2010 pour un revenu de CHF 10'384.- et en 2011 pour un revenu de CHF 14'346.-.
8. Les 17 octobre, 7 novembre et 21 novembre 2012 un rappel a été envoyé à l'assurée afin qu'elle remplisse et retourne le questionnaire pour la révision de la rente (ci-après : le questionnaire).
9. Selon une note téléphonique de l'OAI du 30 novembre 2012, l'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas reçu le questionnaire. Un délai lui a été fixé au 5 janvier 2013 pour remplir un nouveau questionnaire.
10. Le 7 janvier 2013, l'assurée a retourné le questionnaire rempli, lequel mentionnait un traitement auprès des Docteurs C_____, FMH psychiatrie, D_____, E_____ et F_____ (cardiologues) et un état de santé aggravé.
11. A la demande de l'OAI, la Dre C_____ a rempli le 16 février 2013 un rapport médical AI ; elle suivait l'assurée depuis le 1^{er} mars 2012 ; il n'y avait pas de changement important ; il fallait soutenir l'assurée à entreprendre une activité ; elle présentait une incapacité de travail de 50 % depuis 1994 ; elle s'occupait à « mi-temps » de personnes âgées ou d'enfants ; elle s'appliquait au maximum mais elle était très épuisée ; l'activité exercée était exigible à 30 %, ce taux étant plus approprié ; elle avait une capacité de concentration limitée à deux ou trois heures et il lui fallait une place de travail calme.
12. A la demande de l'OAI, l'assurée a indiqué le 13 mai 2013 qu'elle ne travaillait pas, qu'elle était malade, à la maison, sans revenu.

13. Courant mai 2013, le SMR a indiqué que le psychiatre actuel déclarait une capacité de travail de 50 % dès 1994, ce qui constituait une discordance avec l'incapacité de travail de 100 % reconnue par une expertise du 5 juin 2002 ; il convenait de demander quelle était l'évolution de la maladie depuis 2007, et si un changement de capacité de travail avait eu lieu en rapport aux problèmes psychiques.
14. Le 4 juin 2013, l'assurée a communiqué à l'OAI une copie de sa déclaration d'impôts 2012.
15. Le 10 juin 2013, la Dre C_____ a répondu à une demande de renseignement de l'OAI du 28 mai 2013 en indiquant que l'assurée était partie de début juin au 15 juillet 2013 car sa mère était mourante et a requis le dossier AI de l'assurée.
16. Le 27 juin 2013, l'OAI a communiqué à Mme B_____ un questionnaire pour l'employeur à remplir ; un rappel lui a été envoyé le 25 juillet 2013.
17. Le 25 juillet 2013, la Dre C_____ a écrit à l'OAI que l'assurée n'avait pas fait de progrès depuis 1997 ; elle avait des troubles de la concentration et un état dépressif ; elle disait ne pas être capable de travailler plus d'une heure par jour ; elle avait un discours répétitif peu clair et sautait du coq à l'âne.
18. Selon une note téléphonique de l'OAI du 30 juillet 2013, le fils de la dame chez qui l'assurée avait exercé une activité de dame de compagnie en 2010 et 2011 indiquait que l'assurée avait exercé comme dame de compagnie pendant un mois durant les week-ends en 2012. Il est relevé : « il ressortait de l'extrait de CI que cette activité était exercée depuis juillet 2010. Par ailleurs, un certificat des salaires versés pour la période comprise entre janvier et août 2012 figurait au dossier. La déclaration fiscale faisait état de l'exercice d'une activité dépendante durant 2012. »
19. Le 5 août 2013, le dossier AI de l'assurée a été envoyé à la Dre C_____.
20. Le 27 novembre 2013, le SMR a constaté que le médecin déclarait que la situation était stationnaire.
21. Le 24 janvier 2014, l'OAI a convoqué l'assurée pour un entretien le 20 février 2014.
22. Le 3 février 2014, l'OAI a versé au dossier un extrait du compte individuel de l'assurée de la Caisse cantonale genevoise de compensation attestant de janvier à août 2012 d'un revenu de CHF 13'168.- pour un emploi chez Mme B_____.
23. L'OAI a annulé le rendez-vous du 20 février 2014 et a convoqué l'assurée pour un entretien le 3 mars 2014.
24. Selon le procès-verbal du 3 mars 2014, l'assurée a indiqué que son état de santé s'était aggravé, qu'elle était très angoissée, déprimée, avec des troubles de la mémoire et qu'elle vivait dans la peur et faisait des attaques de panique suite à un conflit avec une voisine. L'OAI a questionné l'assurée sur ses activités professionnelles et celle-ci a indiqué qu'elle n'avait travaillé que de temps en temps en 2012 pour aider une personne âgée ; elle avait reçu CHF 400.- mais sinon il

s'agissait de bénévolat ; elle se sentait capable de travailler à 20 %. Elle consultait actuellement les Drs F_____ et E_____, cardiologues ; elle avait vu le Dr D_____ pour la dernière fois en 2013.

25. Le 7 mars 2014, le SMR a estimé qu'une expertise était nécessaire en relevant que « l'assurée mentionne une aggravation de son état de santé en 2010 / 2011 / 2012. Le psychiatre-traitant retient un état stationnaire avec IT de 50 % depuis 1994. Toutefois, selon les CI, l'assurée semble avoir travaillé. Il convient donc de déterminer par une expertise psychiatrique chez le Dr. G_____ si l'état de santé s'est amélioré et si oui avec quels effets sur la CT ».
26. A la demande de l'OAI, l'assurée a indiqué le 11 avril 2014 qu'elle n'avait pas de certificat de salaire pour 2010, 2011 et 2012.
27. Par communication du 8 septembre 2014, l'OAI a ordonné une expertise médicale auprès du docteur G_____ et communiqué les questions à l'assurée avec un délai de dix jours pour se déterminer.
28. Le 22 septembre 2014, l'assurée a requis un délai supplémentaire pour se déterminer, qui lui a été accordé au 30 septembre 2014.
29. Le 6 novembre 2014, le Dr G_____ a convoqué l'assurée, par pli simple, pour le 30 avril 2015.
30. Selon une note téléphonique de l'OAI du 30 avril 2015, le Dr G_____ indiquait que l'assurée ne s'était pas présentée au rendez-vous.
31. Par sommation du 30 avril 2015, l'OAI a fixé un nouveau rendez-vous à l'assurée chez le Dr G_____ le 28 octobre 2015. Celle-ci contenait la mention « Nous vous conseillons vivement de vous présenter à cette dite expertise car une non présentation à ce rendez-vous serait considérée comme un refus de collaboration et nous serons dans l'obligation d'appliquer les dispositions légales susmentionnées. Les prestations pourraient alors vous être refusées. »
32. Selon une note téléphonique de l'OAI du 28 octobre 2015, l'assurée ne s'était pas présentée à la convocation du Dr G_____.
33. Selon une note de travail du 29 octobre 2015 de l'OAI, il était décidé de prendre contact avec la psychiatre-traitante mais l'assurée n'avait vraisemblablement plus de suivi psychiatrique car, lors de l'entretien du 3 mars 2014, elle disait ne pas être suivie par un psychiatre.
34. Par projet de décision du 23 juin 2016, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée au motif qu'elle avait refusé de collaborer.
35. Par décision du 7 septembre 2016, l'OAI a confirmé son projet de décision.
36. Le 10 octobre 2016, l'assurée, représentée par un avocat, a recouru à l'encontre de la décision du 7 septembre 2016 de l'OAI en concluant à son annulation.

Elle ne se souvenait pas avoir reçu une convocation auprès du Dr G_____ pour le 30 avril 2015 ; elle avait présenté une aggravation de son état de santé en 2015 ; elle n'avait pas non plus eu connaissance de la convocation du 28 octobre 2015 car elle n'avait pas retiré le pli recommandé de l'OAI en raison de son atteinte psychique ; même si elle avait eu connaissance des convocations son état de santé aurait expliqué pourquoi elle ne s'était pas rendue aux rendez-vous ; elle n'avait donc pas refusé de collaborer ; elle avait été hospitalisée à la clinique de Montana en 2015 ; l'OAI n'avait à tort pas transmis les convocations par pli simple, ni essayé de prendre contact avec elle par téléphone et avait renoncé à contacter sa psychiatre-traitante ; elle était d'accord de se soumettre à une expertise psychiatrique.

Elle a produit :

- Un certificat médical de la Dre E_____, du centre médico-chirurgical de Cornavin, non daté, attestant du fait que l'assurée présentait de multiples problèmes de santé, conséquence de son état psycho-mental très perturbé suite à ses nombreux problèmes socio-familiaux. L'année 2015 avait été particulièrement difficile et s'était terminée en fin d'année par une hospitalisation à la clinique de Montana pour cause de dépression profonde. Ses troubles mentaux se manifestaient entre autres par des troubles mnésiques (perte de mémoire) qui feraient l'objet, dans un proche avenir, de plus amples investigations. Le présent certificat était établi à la demande de la patiente, pour servir et valoir ce que de droit.
- Une attestation médicale du 22 septembre 2016 de la doctoresse H_____, FMH psychiatre-psychothérapeute, selon laquelle l'année 2015 avait été particulièrement éprouvante pour l'assurée car plusieurs événements s'étaient produits : décès de sa mère quelques mois auparavant, décès de son chien, rupture sentimentale, conflit de famille et surtout procédure juridique avec la voisine avec plusieurs tentatives de médiation qui s'étaient très mal passées et qui avaient entraîné des états de décompensation anxieuse. Dans ce contexte, son état psychique s'était rapidement aggravé durant l'année 2015. Elle avait présenté des troubles du sommeil, un état d'anxiété grandissant avec tension, irritabilité, ruminations, attaques de panique récurrentes, difficultés de concentration et d'attention, troubles mnésiques, péjoration thymique avec idées noires et idées suicidaires. Malgré une intensification du suivi, l'assurée avait dû être hospitalisée à la clinique de Montana en fin d'année 2015 où un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avait été retenu. Actuellement, elle suivait l'assurée chaque semaine. Il s'agissait d'une patiente fragile, qui gérait difficilement les situations de stress. Concernant les deux convocations qui lui avaient été adressées par l'OAI, soit en avril puis en octobre 2015, elle attestait qu'il s'agissait d'une période très difficile pour l'assurée. L'état de santé psychique dans lequel celle-ci se trouvait à ce moment pouvait tout à fait expliquer le fait qu'elle n'ait pas répondu à la demande.

-
37. Le 4 novembre 2016, la doctoresse I_____ du SMR a rendu un avis selon lequel l'assurée avait connu une décompensation dépressive en 2015 mais était en état somatique, psychique et mental de répondre aux convocations d'expertise.
38. Le 10 novembre 2016, l'OAI a conclu au rejet du recours au motif que, sans réponse de l'assurée, il était en droit d'admettre que l'état de santé de celle-ci s'était amélioré.
39. Le 6 décembre 2016, la recourante a communiqué un avis de la Dre H_____ du 1^{er} décembre 2016 selon lequel elle suivait l'assurée depuis septembre 2014. L'état psychique de l'assurée s'était rapidement aggravé en début 2015, avec une anxiété grandissante. Elle se plaignait de troubles du sommeil, d'un état de tension, de difficultés de concentrations et d'attention et de troubles mnésiques. Fin mars 2015, alors qu'elle se sentait particulièrement tendue, elle avait présenté des vertiges rotatoires et troubles visuels avec sensation de voile noir. La consultation auprès de l'endocrinologue n'avait pas montré d'étiologie somatique à son état. Fin avril 2015, elle avait stoppé le traitement antidépresseur de Cipralex, pensant que les troubles neurologiques (vertiges, sensation d'étourdissement) pouvaient être attribués à ce traitement. Par la suite, l'état d'anxiété était devenu de plus en plus manifeste et l'assurée l'avait appelée en urgence à quelques reprises après avoir fait des attaques de panique. En octobre 2015, dans un contexte de rupture sentimentale, elle avait fait un malaise avec chute. Entre octobre et décembre 2015, son état thymique s'était péjoré. Elle se présentait de plus en plus irritable, avec un sentiment de culpabilité grandissant concernant ses relations de famille, apparition d'idées noires et idées suicidaires. Sans améliorations de son état malgré une intensification du suivi, l'assurée avait dû être hospitalisée à la clinique de Montana du 10 au 30 décembre 2015 où un diagnostic de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptôme psychotique avait été retenu.

L'assurée a indiqué qu'elle n'avait pas reçu la convocation du 30 avril 2015 et celle du 28 octobre 2015, non retirée, avait été envoyée à une période où son état de santé s'était péjoré ; la suppression de sa rente était disproportionnée car l'OAI aurait pu évaluer sa situation autrement, en la contactant par téléphone et en se renseignant auprès de ses médecins.

40. Le 15 décembre 2016, la Dre I_____ a estimé que l'avis de la Dre H_____ du 1^{er} décembre 2016 n'attestait d'aucune atteinte justifiant que l'assurée ne se soit pas présentée aux convocations d'expertise psychiatrique.
41. Le 3 janvier 2017, l'OAI a persisté dans ses conclusions.
42. Le 26 juin 2017, la chambre de céans a entendues les parties en audience de comparution personnelle.

La recourante a déclaré : « Je ne me rappelle pas avoir reçu une convocation du Dr G_____ pour le 30 avril 2015. Vous me demandez si j'ai reçu une sommation de l'OAI pour une convocation chez le Dr G_____ le 28 octobre 2015. Je ne m'en rappelle pas mais il faut dire qu'à cette époque j'étais en dépression. J'ai été

victime d'une dépression très profonde fin 2015, je ne mangeais pas, je ne me douchais plus et ma médecin a demandé mon hospitalisation à la clinique de Montana. Début 2016 j'ai chuté à la maison et je me suis fracturé le bassin et j'ai eu un traumatisme crânien. J'étais à ce moment-là très carencée en fer.

Après mon contact avec l'OAI en 2014 j'attendais une convocation de l'office. Il m'était moi-même impossible de faire des démarches car j'étais trop malade. J'ai toujours été suivie par un psychiatre, en particulier par la Dre H_____ depuis septembre 2014, mais avant par la Dre C_____ qui est ensuite partie à Fribourg. Le nom de la Dre H_____ m'a été donné par l'hôpital alors que je consultais suite à une agression. J'ai terminé mon suivi avec la Dre C_____ en 2013. »

L'avocat de la recourante a déclaré : « Je constate que pendant 9 mois l'OAI n'a rien fait alors qu'il aurait pu suspendre la rente au lieu de la supprimer et interpeller l'assurée. Si la Dre C_____ avait été contactée par l'OAI elle aurait probablement pu leur donner des renseignements sur le suivi psychiatrique de la recourante. »

La représentante de l'intimé a déclaré : « La convocation du Dr G_____ a été envoyée sous pli simple, et la sommation de l'OAI a été envoyée par pli recommandé et par pli simple. Il s'agit de la procédure habituelle. En général dans les cas de révision de rentes allouées pour des troubles psychiques et sans réponse de l'assuré nous envoyons la sommation habituelle et nous contactons le psychiatre traitant. En l'espèce, la gestionnaire a renoncé à contacter la psychiatre, la Dre C_____, vraisemblablement aussi parce qu'en mars 2014, la recourante, lors d'un entretien à l'OAI, avait indiqué qu'elle n'était plus suivie par un psychiatre mais par deux cardiologues et un médecin-traitant. Après la suppression de la rente nous attendons que l'assurée fasse une nouvelle demande pour nous ressaisir du dossier.

Nous admettons que Mme A_____ a pu ne pas recevoir la première convocation du Dr G_____. La suppression de la rente est motivée par la non présentation de la recourante au rendez-vous du 28 octobre 2015, dans la mesure où la recourante affirme ne pas avoir reçu la première convocation et que nous ne pouvons pas prouver la notification de celle-ci. Nous suivons l'avis du SMR qui estime qu'il n'y a pas de raison objective à l'absence de la recourante à l'entretien d'expertise.

Selon la procédure, l'OAI envoie d'abord une convocation, puis une sommation, puis rend une décision de suppression de la rente. Dans certain cas, comme par exemple celui de l'assuré qui omet d'annoncer une reprise de travail à l'OAI, soit un défaut de renseignements, nous suspendons la rente et nous instruisons le dossier en parallèle. En l'occurrence, on constate que la décision de suppression est survenue longtemps après la convocation du 28 octobre 2015 et que nous aurions pu supprimer la rente antérieurement. Nous n'avons pas pu instruire le cas en parallèle car la recourante ne s'est pas présentée à l'expertise et ne s'est pas manifestée non plus.

Je n'ai pas d'explication [relativement au fait que l'OAI n'a rien fait pendant neuf mois] car il s'agit de retard de l'administration. Vous me demandez si l'OAI contacte parfois les assurés par téléphone pour s'enquérir de leur situation. Je ne sais pas s'il existe une pratique à ce sujet, mais je constate que dans le dossier de l'assurée il y a eu de tels contacts. »

43. Sur quoi la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur dès le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Interjeté en temps utile, le recours est recevable.
3. Le litige porte sur la suppression de la rente entière d'invalidité de la recourante en raison d'une violation par celle-ci de son devoir de collaborer.
4. a. Aux termes de l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de 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. 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. En revanche, une simple appréciation différente d'un état de fait, qui, pour l'essentiel, est demeuré inchangé n'appelle pas à une révision au sens de l'art. 17 LPGA (ATF 112 V 371 consid. 2b p. 372; 387 consid. 1b p. 390). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière décision entrée en force reposant 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, et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5 p. 110 ss).

En outre, lorsque les faits déterminants pour le droit à la rente se sont modifiés au point de faire apparaître un changement important de l'état de santé motivant une révision, le degré d'invalidité doit être fixé à nouveau sur la base d'un état de fait correct et complet, sans référence à des évaluations d'invalidité antérieures (ATF 141 V 9 consid. 2.3 p. 13; 117 V 198 consid. 4b p. 200; arrêts 9C_378/2014 du 21 octobre 2014 consid. 4.2; 9C_226/2013 du 4 septembre 2013 ; arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2014 du 29 septembre 2015).

b. Selon l'art. 88a al. 1 RAI si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels de l'assuré s'améliore ou que son impotence ou encore le besoin de soins ou le besoin d'aide découlant de son invalidité s'atténue, ce changement n'est déterminant pour la suppression de tout ou partie du droit aux prestations qu'à partir du moment où on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

Selon l'art. 88bis al. 2 du règlement sur l'assurance invalidité du 17 janvier 1961 (RS 831.201 - RAI) la diminution ou la suppression de la rente, de l'allocation pour impotent ou de la contribution d'assistance prend effet : a. au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision ; b. rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement en vertu de l'art. 77, que la poursuite du versement de la prestation ait eu lieu ou non en raison de l'obtention irrégulière ou de la violation de l'obligation de renseigner.

5. a. Selon l'art. 28 al. 2 LPGA, celui qui fait valoir son droit à des prestations doit fournir gratuitement tous les renseignements nécessaires pour établir ce droit et fixer les prestations dues. Aux termes de l'art. 43 al. 1, première phrase, LPGA, l'assureur examine les demandes, prend d'office les mesures d'instruction nécessaires et recueille les renseignements dont il a besoin. L'assuré doit se soumettre à des examens médicaux ou techniques si ceux-ci sont nécessaires à l'appréciation du cas et qu'ils peuvent être raisonnablement exigés (art. 43 al. 2 LPGA). Si l'assuré ou d'autres requérants refusent de manière inexcusable de se conformer à leur obligation de renseigner ou de collaborer à l'instruction, l'assureur peut se prononcer en l'état du dossier ou clore l'instruction et décider de ne pas entrer en matière. Il doit leur avoir adressé une mise en demeure écrite les avertissant des conséquences juridiques et leur impartissant un délai de réflexion convenable (art. 43 al. 3 LPGA). Le cas échéant, l'assureur pourra rejeter la demande présentée par l'intéressé en considérant que les faits dont celui-ci entend tirer un droit ne sont pas démontrés (cf. ATF 117 V 261 consid. 3b p. 264 et les références ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_961/2008 du 30 novembre 2009).

Selon la jurisprudence, l'application de l'art. 43 al. 3 LPGA dans un cas où des prestations sont en cours et où l'assuré qui les perçoit refuse de manière inexcusable de se conformer à son devoir de renseigner ou de collaborer à l'instruction de la procédure de révision, empêchant par là que l'organe d'exécution de l'assurance-invalidité établisse les faits pertinents, suppose que le fardeau de la preuve soit renversé. En principe, il incombe bien à l'administration d'établir une modification notable des circonstances influençant le degré d'invalidité de l'assuré, si elle entend réduire ou supprimer la rente. Toutefois, lorsque l'assuré refuse de façon inexcusable de la renseigner, il lui est impossible de démontrer les faits conduisant

à une modification du taux d'invalidité. Dans un tel cas, lorsque l'assuré empêche fautivement que l'office AI administre les preuves nécessaires, il convient d'admettre un renversement du fardeau de la preuve (cf. consid. 2.2 non publié de l'ATF 129 III 181). Il appartient alors à l'assuré d'établir que son état de santé, ou d'autres circonstances déterminantes, n'ont pas subi de modifications susceptibles de changer le taux d'invalidité qu'il présente (arrêt 9C_961/2008 du 30 novembre 2009 consid. 6.3.3, in SVR 2010 IV n° 30 p. 94 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_372/2015 du 19 février 2016).

b. Selon l'art. 31 al. 1 LPGA l'ayant droit, ses proches ou les tiers auxquels une prestation est versée sont tenus de communiquer à l'assureur ou, selon le cas, à l'organe compétent toute modification importante des circonstances déterminantes pour l'octroi d'une prestation.

c. Selon l'art. 7b LAI les prestations peuvent être réduites ou refusées conformément à l'art. 21, al. 4, LPGA si l'assuré a manqué aux obligations prévues à l'art. 7 de la présente loi ou à l'art. 43 al. 2 LPGA (al. 1).

6. Selon la circulaire sur l'invalidité et l'impotence dans l'assurance invalidité, valable dès le 1er janvier 2015 (CIIAI), l'office AI peut suspendre les prestations en cas de violation de l'obligation de collaborer. Une telle sanction suppose toutefois que les informations demandées en vain soient nécessaires pour clarifier la situation ou pour fixer les prestations, qu'elles ne soient pas accessibles autrement sans frais disproportionnés et que les renseignements refusés en violation fautive de l'obligation de collaborer soient pertinents pour fixer le taux d'invalidité de l'assuré (9C_345/2007 ; CIIAI ch. 7014). Si l'office AI cesse de verser des prestations parce que l'assuré manque à son obligation de collaborer à une procédure de révision, la procédure est reprise par la suite en tant que procédure de révision si l'assuré accepte de nouveau de remplir cette obligation (8C_724/2015 ; CIIAI ch. 7015).

La décision de suspension d'une rente constitue une mesure provisionnelle (Arrêt du Tribunal fédéral 9C_1016 du 3 mars 2010, consid. 1). Le but d'une telle mesure est de sauvegarder un intérêt protégé par la loi et qui paraît menacé. Si l'autorité ne fait que décider une mesure dont les effets sont transitoirement les mêmes que ceux qui découlent d'une mesure que la loi lui permet de prendre à titre définitif, une base légale expresse n'est pas nécessaire (Pierre MOOR/Etienne POLTIER, Droit administratif, vol. II: Les actes administratifs et leur contrôle, 3ème éd., Berne 2011, p. 309, n° 2.2.6.8). Lorsqu'il s'agit d'examiner une mesure provisionnelle ou un retrait de l'effet suspensif, il y a lieu de procéder à une pesée des intérêts en présence, qui s'effectue selon les mêmes critères (Ueli KIESER, Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung, p. 190 ss n. 406).

7. En l'espèce, l'intimé a estimé qu'il était en droit de supprimer la rente d'invalidité allouée à la recourante en raison d'un défaut de collaboration inexcusable de celle-ci ; il a considéré qu'en l'état du dossier, l'état de santé de la recourante s'était

amélioré depuis la dernière révision du droit à la rente ayant abouti à la communication du 19 mars 2007.

La chambre de céans constate tout d'abord que la convocation de la recourante à une expertise auprès du Dr G_____ était exigible de celle-ci, conformément à l'art. 43 al. 2 LPGA ; en effet, l'OAI a estimé nécessaire, au vu du rapport de la Dre C_____ du 16 février 2013 et de l'extrait du compte individuel de la recourante faisant apparaître un revenu pour les années 2010 à 2012, de faire évaluer à nouveau, par le biais d'une expertise médicale, la capacité de travail de la recourante.

Ensuite, l'intimé a admis que la recourante avait pu ne pas être informée de la première convocation du Dr G_____ pour le 30 avril 2015, celle-ci ayant été envoyée par pli simple et que la non présentation de la recourante à ce rendez-vous ne pouvait, dans ces conditions, lui être reprochée. En revanche, la sommation du 30 avril 2015, envoyée sous pli recommandé, est considérée comme ayant été valablement notifiée à la recourante, même si celle-ci n'a pas retiré le pli, de sorte que l'intimé pouvait considérer que la recourante avait été informée du rendez-vous du 28 octobre 2015 et qu'elle ne s'y était pas présentée, sans s'excuser.

Ce faisant, l'intimé pouvait considérer que la recourante avait refusé de se conformer à son obligation de collaborer à l'instruction de la procédure de révision. Conformément à la jurisprudence précitée, il appartenait ainsi à la recourante, par le renversement du fardeau de la preuve, d'établir que son taux d'invalidité n'avait pas subi de modifications.

Dans ce contexte, il apparaît toutefois que l'intimé, en prenant une décision de suppression de la rente d'invalidité, a violé le principe de la proportionnalité.

En effet, l'art. 43 al. 2 LPGA impose à l'intimé, en présence d'un défaut de collaboration de l'assuré, de statuer en l'état du dossier, étant rappelé que l'assuré peut alors fournir la preuve que son taux d'invalidité ne s'est pas modifié.

Or, en l'occurrence, l'intimé n'a pas suivi la procédure habituelle en cas de défaut de collaboration d'un assuré au bénéfice d'une rente d'invalidité pour troubles psychiques, telle qu'expliquée par la représentante de l'intimé lors de l'audience du 26 juin 2017 ; il n'a en effet pas contacté la psychiatre-traitante de la recourante au motif que celle-ci n'avait vraisemblablement plus de suivi psychiatrique, la Dre C_____ ayant un cabinet à Fribourg et la recourante n'ayant pas indiqué le 3 mars 2014 être suivie par un psychiatre ; cependant, il s'avère que la position de l'intimé était erronée, la Dre H_____ ayant succédé à la Dre C_____ et débuté un suivi en septembre 2014 ; par ailleurs, même si le 3 mars 2014 la recourante n'avait effectivement pas de psychiatre-traitante, le suivi avec la Dre C_____ s'étant terminé en 2013 (procès-verbal d'audience du 26 juin 2017), et celui avec la Dre H_____ ayant débuté en septembre 2014 (avis de la Dre H_____ du 6 décembre 2016), le procès-verbal de l'entretien du 3 mars 2014 sur lequel s'est fondé l'intimé pour renoncer à contacter le Dre C_____ n'est pas clair car la recourante n'a pas

expliqué avoir terminé son traitement avec la Dre C_____, ni ne se positionne sur le prochain traitement psychiatrique envisagé.

Au demeurant, les éléments au dossier ne permettaient pas à l'intimé de renoncer à contacter la Dre C_____, laquelle aurait pu, comme l'a fait remarquer la recourante, donner toutes informations utiles sur le suivi de la recourante, ce qui aurait très vraisemblablement permis à l'intimé d'obtenir en particulier des informations sur la fin du suivi par la Dre C_____ en 2013, le début du suivi par la Dre H_____ en septembre 2014, voire ensuite l'hospitalisation de la recourante à la Clinique genevoise de Montana en décembre 2015 et le constat de la Dre H_____, d'une aggravation de l'état de santé de la recourante en 2015 (avis du 22 septembre 2016 de la Dre H_____); il était également exigible de l'intimé qu'il contacte la recourante par téléphone pour s'enquérir des raisons de son absence.

Par ailleurs, comme l'exige l'art. 43 al. 3 LPGA, l'intimé se devait de statuer en l'état du dossier. A cet égard, le dossier de la recourante comprenait le rapport médical de la Dre C_____ du 16 février 2013 attestant de l'absence de changement dans l'état de santé de la recourante et d'une capacité de travail exigible de 30 %, avec la précision que la capacité de concentration ne dépassait pas deux ou trois heures par jour; cet avis médical va dans le sens d'un état de santé inchangé de la recourante, à tout le moins depuis la dernière décision de l'intimé du 19 janvier 2007, ce d'autant que la Dre C_____ a estimé rétroactivement que la recourante présentait une capacité de travail partielle depuis 1994 alors que celle-ci était nulle au moment de la première décision de rente, confirmée lors de la dernière procédure de révision; il n'était ainsi pas possible de déduire de l'avis de la Dre C_____ précité une amélioration de l'état de santé de la recourante.

En revanche, l'attestation de cette capacité de travail partielle de 30 % et la présence de revenus sur l'extrait du compte individuel de la recourante de 2010 à 2012 constituaient des éléments suffisant pour que l'intimé estime nécessaire d'instruire médicalement la situation de la recourante.

Dans ce sens, l'intimé n'était pas en droit de considérer, après une unique absence de la recourante à une convocation chez le Dr G_____ le 28 octobre 2015, que ce défaut de collaboration - dont il n'a pas cherché à savoir s'il était ou non excusable - permettait de retenir une amélioration de l'état de santé de la recourante, ce d'autant que celle-ci avait précédemment collaboré à l'instruction de la cause en répondant aux demandes de renseignements de l'intimé, suite à l'ouverture de la procédure de révision en 2012 (cf. à cet égard courrier de la recourante du 13 mai 2013, du 4 juin 2013, entretien du 3 mars 2014 et courrier de la recourante du 11 avril 2014).

En revanche, l'intimé était en droit de suspendre le droit à la rente de la recourante, vu l'absence de celle-ci au rendez-vous du 28 octobre 2015; cette mesure

provisionnelle aurait permis, d'une part, à la recourante de réagir en expliquant les raisons de son absence au rendez-vous du 28 octobre 2015 et en tentant d'amener la preuve du fait que son état de santé ne s'était pas amélioré (comme elle l'a fait dans le cadre de la précédente procédure), d'autre part, à l'intimé d'instruire le dossier en questionnant la recourante sur la raison de son absence au rendez-vous précité mais aussi sur son suivi psychiatrique et d'obtenir un rapport médical de la Dre H_____ ; enfin, l'intimé aurait aussi pu instruire la question de l'activité professionnelle déployée par la recourante de 2010 à 2012, étant relevé qu'il s'est contenté à cet égard d'un unique entretien téléphonique avec le fils de Mme B_____ déclarant que la recourante avait exercé une activité de dame de compagnie sans précision sur l'ampleur de ladite activité ; enfin, un nouveau rendez-vous pour une expertise médicale aurait pu être fixé à la recourante, en parallèle de la mesure de suspension de sa rente d'invalidité.

Selon les CIIAI (chiffre 7014), cette mesure est d'ailleurs celle appliquée en cas de violation de l'obligation de collaborer. Selon la représentante de l'intimé, cette mesure est également celle appliquée lorsqu'il y a suspicion de reprise d'un travail par l'assuré (procès-verbal d'audience du 26 juin 2017), ce qui était le cas en l'espèce.

8. Au vu de ce qui précède, la décision de suppression de la rente d'invalidité de la recourante sera annulée car disproportionnée et remplacée par une décision de suspension de ladite rente ; la cause sera en conséquence renvoyée à l'intimé afin qu'il procède aux mesures d'instruction qu'il juge nécessaire et rende une nouvelle décision ; en particulier, il incombera à l'intimé d'examiner, au vu des nouvelles pièces médicales transmises par la recourante, y compris la lettre de sortie de la Clinique genevoise de Montana suite au séjour de la recourante de décembre 2015, ainsi que des renseignements complémentaires que l'employeur de la recourante devrait être à même de fournir, si une expertise psychiatrique s'avère encore nécessaire.
9. Partant, le recours sera partiellement admis et la décision litigieuse réformée en ce sens que la suppression de la rente d'invalidité de la recourante est remplacée par une suspension de celle-ci et la cause renvoyée à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
10. Vu l'issue du litige, une indemnité de CHF 2'500.- sera allouée à la recourante et, étant donné que, depuis le 1^{er} 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

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement.
3. *
4. ~~3.~~ Réforme la décision de l'intimé du 7 septembre 2016 en annulant la suppression de la rente d'invalidité de la recourante et en disant que la rente d'invalidité de la recourante est suspendue.
5. ~~4.~~ Alloue une indemnité de CHF 2'500.- à la recourante, à charge de l'OAI.
6. ~~5.~~ Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'OAI.
7. ~~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

La présidente

Julia BARRY

Valérie MONTANI

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

Erreur matérielle art. 85 LPA

3.* Renvoie la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.