

GE_GERICHTE A/87/2015 vom 11. Mai 2004

GE Cour de justice, 2004-05-11, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_87_2015

FR: GE_GERICHTE A/87/2015 du 11 mai 2004

IT: GE_GERICHTE A/87/2015 del 11 maggio 2004

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 13.03.2015 A/87/2015

A/87/2015 ATAS/196/2015 du 13.03.2015 (AI) En fait En droit RÉPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE POUVOIR JUDICIAIRE A/87/2015 ATAS/196/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt incident du 13 mars 2015 3ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINE, représentée par l'Association permanence défense des patients et assurés (APAS) recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1960, a travaillé à plein temps comme femme de chambre de 1998 à juin 2000, date à compter de laquelle elle a été mise en arrêt de travail à 50%.! [endif]>! [if> 2. En novembre 2000, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du Jura, qui, par décision du 11 mai 2004, lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1 er novembre 2000.! [endif]>! [if> Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : - un rapport du docteur B_____, de la consultation de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), du 23 février 2000, concluant à une fibromyalgie (15/18 points) et à une probable épicondylite du coude gauche ; le médecin relevait une symptomatologie claire de fibromyalgie, associant une asthénie et des douleurs diffuses, réagissant mal aux antalgiques et exacerbée par l'effort ; il précisait avoir encouragé sa patiente à perdre du poids et à reprendre une activité professionnelle, d'abord à temps partiel ; il relevait une compliance médicamenteuse plutôt mauvaise ; enfin, il précisait que la symptomatologie du coude gauche - qui pouvait évoquer une épicondylite associée - avait été traitée par infiltrations de stéroïdes ;! [endif]>! [if> - une expertise médicale réalisée le 11 février 2000 par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, à l'intention de l'assurance perte de gain, concluant à un probable trouble somatoforme douloureux et relevant notamment que l'anamnèse ne mettait en exergue que peu de symptômes dépressifs et que la physionomie de l'assurée, de même que l'anamnèse psychique, ne suggéraient pas de diagnostic psychique ;! [endif]>! [if> - un bref rapport du docteur D_____, médecin-traitant de l'assurée, du 12 septembre 2000, concluant à une fibromyalgie, à une épicondylite du coude gauche, à un état dépressif et à une totale incapacité de travail depuis le 13 novembre 1999, ramenée à 50% depuis le 1er juin 2000 ;! [endif]>! [if> - un rapport du Dr D_____ du 5 février 2001 faisant mention d'un état stationnaire et d'une incapacité de travail de 50% ; les diagnostics retenus étaient les suivants : obésité, fibromyalgie, épicondylite du coude gauche et état dépressif ;! [endif]>! [if> - un rapport du Dr D_____ du 22 octobre 2002 faisant état d'une aggravation et concluant dans le même temps à un état stationnaire (sic) et à une incapacité de travail de 50% ;! [endif]>! [if> - un rapport d'examen bidisciplinaire rédigé le 27 mars 2003 par

les docteurs E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et F_____, spécialiste FMH en psychiatrie, médecins auprès du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, chez une personnalité émotionnellement labile à traits dépendants, de trouble somatoforme douloureux, de discrets troubles statiques rachidiens assortis d'atteintes spondyloarthrosiques aux derniers étages, de suspicion de syndrome du tunnel carpien irritatif et d'obésité ; les médecins ont relevé que l'assurée - qui travaillait désormais à 50% dans la lingerie d'un établissement médico-social (EMS) - souffrait d'un état dépressif de degré moyen, d'une angoisse d'abandon, de troubles de l'attention et de la concentration ainsi que de la mémoire, d'insomnies, de fatigabilité importante, d'irritabilité ; sur le plan ostéo-articulaire les constatations radiologiques conduisaient à préconiser d'éviter de soulèvement répétitif de charges de plus de 15 kg ; la capacité de travail exigible était évaluée à 50% dans une activité adaptée, telle que celle de lingère ou de femme de chambre.!

3. Au début de l'année 2007, une procédure de révision a été initiée, qui s'est clôturée par décision du 6 juin 2007, aux termes de laquelle l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI) a considéré que l'état de santé de l'intéressée n'avait pas évolué au point d'influencer son droit aux prestations. !

L'assurée avait en effet indiqué, le 26 mars 2007, que son état était resté stationnaire, ce qu'avait confirmé son médecin-traitant le 11 avril 2007 (état dépressif, lombalgies chroniques, épicondylite du coude gauche et obésité). 4. Le 7 mai 2010, l'assurée a déposé une demande de révision en invoquant une aggravation de son état de santé (fibromyalgie, état dépressif et syndrome du tunnel carpien bilatéral), demande sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 30 septembre 2010, au motif qu'aucune des atteintes présentées depuis fin 2009 ne justifiait d'incapacité de travail durable, mais une incapacité temporaire, de deux mois au plus. !

Cette décision a été rendue à l'issue d'une brève instruction ayant permis de recueillir les éléments suivants : - un rapport rédigé le 20 janvier 2010 par le médecin-traitant, émettant un pronostic réservé et concluant à une totale incapacité de travail depuis juin 2010 en raison d'un état algique important ; !

- un rapport établi le 20 avril 2010 par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, indiquant avoir procédé, en février de la même année, à une décompression du nerf médian au niveau du tunnel carpien droit et, en mars 2010, à celle du tunnel carpien gauche ; les suites immédiates de ces opérations avaient été favorables : les fourmillements au niveau des extrémités avaient complètement disparu et la récupération de la force s'était faite lentement à droite, ainsi qu'à gauche ; des douleurs ayant persisté au niveau du poignet droit, une radiographie de contrôle avait été pratiquée en avril 2010, qui avait montré des kystes de réabsorption au niveau de l'os scaphoïde et du trapèze, pouvant correspondre à un début d'arthrose.!

5. Une nouvelle procédure de révision a été initiée fin 2012.!

6. Le Dr D_____, dans un bref rapport de décembre 2012, a conclu à un état de santé stationnaire entraînant une totale incapacité de travail.!

7. Dans un rapport du 2 décembre 2013, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, un trouble somatoforme douloureux persistant, un trouble de la personnalité et une personnalité anxieuse en précisant qu'il y avait eu aggravation du trouble de l'humeur en mai 2013, suite au décès de la sœur de l'assurée. Le psychiatre a conclu à une incapacité de travail de 50% de 1999 à avril 2013 et de 100% depuis mai 2013.!

8. L'assurée a alors été adressée pour expertise au Centre d'expertise médicale (CEMed), plus particulièrement aux docteurs

I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et J_____, spécialiste FMH en médecine interne, lesquels ont rendu leur rapport le 29 avril 2014. [endif]>[if> Après une anamnèse détaillée, la relation des plaintes de l'assurée et la description de leurs observations objectives, les experts ont finalement conclu à l'absence d'atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail. Ils ont en revanche mentionné un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger sans syndrome somatique, une phobie spécifique (claustrophobie), un syndrome douloureux somatoforme persistant, une fibromyalgie, une fatigue chronique, une colopathie fonctionnelle et une rachialgie chronique, dont ils ont estimé qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail. Ils ont nié l'existence d'une comorbidité psychiatrique suffisamment importante par sa gravité, son acuité et sa durée, celle d'un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, celle d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, celle d'un échec des traitements conformes aux règles de l'art ou encore celle d'un état psychique cristallisé. Les experts ont relevé une dissociation entre l'importance des plaintes et les observations somatiques objectives, l'examen clinique étant quasiment normal. La symptomatologie dépressive était décrite comme très intense et en contraste avec un examen psychiatrique ne relevant que de discrets signes de dépression. Il a été souligné que la prise en charge psychiatrique n'avait débuté qu'en août 2013 et le suivi régulier psychothérapeutique, en octobre. Aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue objectivement. Les médecins ont conclu à une pleine capacité de travail en temps et en rendement. 9. L'assurée, reçue par la Division de réadaptation professionnelle de l'OAI en date du 7 octobre 2014, informée des tenants et aboutissants de la procédure de révision et des mesures de nouvelle réadaptation envisageables, a précisé qu'elle ne souhaitait pas entamer de telles mesures, de sorte que le mandat de réadaptation a été clôturé. En particulier, l'assurée a indiqué qu'elle « n'arrivera pas à suivre ce que nous lui demanderons en mesures », qu'elle n'acceptait pas les mesures de réadaptation et qu'elle se proposait de consulter un avocat. [endif]>[if> 10. Par décision du 24 novembre 2014, l'OAI a supprimé le versement de la rente avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, en précisant qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif. [endif]>[if> L'OAI a considéré que les diagnostics retenus n'avaient aucun fondement anatomique objectivable qui pourrait, du point de vue de la médecine des assurances, fonder une incapacité de travail durable, pas plus qu'il n'y avait de rattachement à une comorbidité psychiatrique ou grave limitation fonctionnelle. Il en a tiré la conclusion qu'il n'y avait pas d'élément susceptible de mettre en doute au degré de la vraisemblance prépondérante la capacité de l'assurée à surmonter sa douleur, de sorte qu'il était exigible de sa part qu'elle reprenne son ancienne activité lucrative à temps plein et recouvre ainsi une pleine capacité de gain. 11. Par écriture du 12 janvier 2015, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et, quant au fond, à ce que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu, subsidiairement à ce que lui soient octroyées des mesures de réadaptation ainsi qu'une demi-rente durant la mise en œuvre de celles-ci. [endif]>[if> En substance, la recourante reproche à l'intimé d'avoir appliqué à tort les dispositions finales de la modification de la loi sur l'assurance-invalidité et d'avoir fait une application erronée de ces dispositions transitoires. Selon elle, même si ses conclusions principales devaient être rejetées, elle devrait quoi qu'il en soit se voir reconnaître le droit à des mesures de réadaptation et au maintien de sa demi-rente durant leur mise en œuvre. A l'appui de son recours, la recourante produit un nouveau rapport du Dr H_____, son psychiatre-traitant, daté du 27 octobre 2014. Ce médecin y indique être

très étonné des conclusions des experts du CEMed concernant l'étendue de l'atteinte à la santé psychique de sa patiente, nettement sous-évaluée, selon lui. Il rappelle avoir établi en décembre 2013 un rapport signalant une aggravation de l'état de santé de l'assurée dans son ensemble et évaluant sa capacité de travail à 0% depuis mai 2013 et maintient son diagnostic de trouble dépressif récurrent de gravité sévère à moyenne entraînant une incapacité de travail de 100 à 50%. En conclusion, le médecin « rejette l'avis de l'expert psychiatre qui a vu ma patiente une seule fois et la déclare apte au travail à 100% après quatorze ans d'incapacité de 50% reconnue par l'AI ». Enfin, le médecin souligne avoir également retenu le diagnostic de personnalité anxieuse qu'il reproche à l'expert psychiatre de n'avoir pas retenu alors que, selon lui, il s'agit d'un facteur aggravant. 12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 26 janvier 2015, a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif. L'intimé fait remarquer que la recourante a clairement manifesté son refus d'entamer de mesures de réadaptation. Quant aux chances de succès de son recours, il soutient qu'elles sont moindres, alors que le risque que la recourante ne puisse rembourser les prestations qui lui seraient versées à tort durant la procédure est en revanche important. 13. Par écriture du 9 février 2015, l'intimé a au surplus conclu au rejet du recours quant au fond. L'intimé se réfère notamment à l'expertise du 11 février 2000 - qui retient comme diagnostic un probable trouble somatoforme douloureux et le fait que peu de symptômes dépressifs étaient présents -, le rapport des HUG du 23 février 2000 - qui conclut à une fibromyalgie - et le rapport du Dr D_____ du 14 avril 2000 - qui évoque les diagnostics de fibromyalgie et d'épicondylite du coude gauche. Ainsi, à l'époque de la décision initiale, étaient retenus les diagnostics suivants : trouble dépressif récurrent épisode moyen chez une personnalité émotionnellement labile à traits dépendants, trouble somatoforme douloureux, discrets troubles statiques rachidiens, suspicion de syndrome du tunnel carpien irritatif et obésité. Se référant à l'examen clinique bidisciplinaire du 18 février 2003, l'intimé en tire la conclusion que la rente a bel et bien été octroyée à l'assurée en raison du trouble somatoforme douloureux et du trouble dépressif récurrent, épisode moyen, les autres diagnostics mentionnés n'étant pas invalidants. Pour le reste, il soutient que l'examen bidisciplinaire du CEMed doit se voir reconnaître pleine valeur probante. En particulier, il considère que le rapport du Dr H_____ ne fournit aucun élément médical objectif quant à l'état psychique de sa patiente et ne fait que donner une évaluation, sans justification, ce qui ne saurait suffire à écarter les conclusions du CEMed. 14. Par écriture du 4 mars 2015, la recourante a indiqué qu'elle souhaitait recueillir certains éléments médicaux avant de répliquer et a sollicité une prolongation de délai au 15 avril 2015 pour ce faire.

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 depuis le 1er 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. La LPGA, entrée en vigueur le 1er janvier 2003, est applicable. Par ailleurs, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance-invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er

juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005). 3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable. 4. En vertu de l'art. 54 al. 1 let. c LPGA, les décisions et décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou un recours a été retiré, étant précisé qu'en vertu de l'art. 97 de la loi fédérale sur l'assurance-vieillesse et survivants (LAVS ; RS 831.10) - applicable en vertu de l'art. 66 LAI -, les autorités administratives peuvent prévoir, dans leur décision, qu'un recours éventuel n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire. Pour le reste, conformément à l'art. 55 al. 1 LPGA qui prévoit que les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale sur la procédure administrative (PA), il convient de se référer aux articles 55 et 56 de cette dernière. Une requête visant à la poursuite du paiement de la rente revient en réalité à requérir des mesures provisionnelles tendant au paiement de prestations pécuniaires au sens de l'art. 56 PA. Aux termes de l'art. 21 de la loi cantonale du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), l'autorité peut, d'office ou sur requête, ordonner des mesures provisionnelles en exigeant au besoin des sûretés. Ces mesures sont ordonnées par le Président s'il s'agit d'une autorité collégiale ou d'une juridiction administrative. La loi ne prévoit pas les conditions dans lesquelles des mesures provisionnelles peuvent être ordonnées. Il faut se référer pour cela à la doctrine et à la jurisprudence (cf. Pierre MOOR, droit administratif tome 2, 2ème édition STAMPFLI p. 269 et ss et jurisprudence citée). Les mesures provisionnelles sont de deux catégories. D'une part, les mesures conservatoires qui visent à garantir que l'état de fait ou de droit qui est à la base de la décision prise ou à prendre ne se modifie pas pendant la litispendance; d'autre part les mesures formatrices qui régissent le contenu d'une relation juridique de manière temporaire, en attendant qu'elle reçoive un régime définitif dans la décision finale. Compte tenu de l'étroite connexité liant l'effet suspensif aux autres mesures provisionnelles au sens de l'art. 56 PA, les principes applicables au retrait de l'effet suspensif s'appliquent par analogie à ces mesures. 5. Selon la jurisprudence, l'autorité de recours saisie d'une requête en restitution de l'effet suspensif doit procéder à une pesée des intérêts en présence. Dès lors, l'autorité qui se prononce sur l'ordonnance d'autres mesures (provisionnelles) d'après l'art. 56 PA doit également examiner si les motifs en faveur de l'exécution immédiate de la décision ont plus de poids que ceux qui peuvent être invoqués pour soutenir une solution contraire (RCC 1991 p. 520). Pour ce faire, le juge se fonde sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. D'après la jurisprudence relative à l'art. 55 al. 1 PA - à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'OPGA n'a rien changé (arrêt P. du 24 février 2004, I 46/04, consid. 1, in HAVE 2004 p. 127), la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. A cet égard, le seul fait que la décision de fond poursuive un but d'intérêt public ne suffit pas à justifier son exécution immédiate. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent être prises en considération. Il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire

(ATF 124 V 88 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références). En d'autres termes, les conditions à remplir pour l'octroi de mesures provisionnelles sont au nombre de trois : a. L'existence de motifs objectivement fondés justifiant l'intervention. Il faut voir ici l'importance de l'intérêt vraisemblablement compromis par le maintien pur et simple de la situation, la gravité possible des effets de l'absence d'intervention provisoire, l'urgence qu'il y a à agir. A noter que la pratique n'exige pas une atteinte irréversible. b. Le pronostic relatif à l'issue de la cause doit être favorable. Le recours ne doit pas apparaître de prime abord comme dépourvu de chance de succès. c. La mesure provisionnelle ne doit pas préjuger de la décision finale en créant par son propre effet une situation irréversible qui rende vaine l'issue du recours. On ajoutera que, dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de l'assuré à pouvoir continuer à bénéficier de la rente perçue jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, l'assuré l'emportera dans la cause principale. La situation matérielle difficile dans laquelle se trouve l'intéressé depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement prépondérant puisque, dans l'hypothèse où l'assuré n'obtiendrait pas gain de cause sur le fond matériel de la contestation, il est en effet à craindre que la procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF I 439/06 du 19 septembre 2006, consid. 4 ; ATF 105 V 269 consid. 3; VSI 2000 p. 187 consid. 5). 6. Or, en l'espèce, les prévisions sur l'issue du litige ne présentent pas, pour l'assurée, un degré de certitude suffisant pour qu'elles soient prises en considération. En substance, la recourante reproche à l'autorité intimé d'avoir appliqué à tort les dispositions finales de la modification de la loi sur l'assurance-invalidité, d'une part, de ne pas l'avoir mise au bénéfice des mesures de réadaptation prévues par les dispositions transitoires, d'autre part. Elle en tire la conclusion que, quel que soit le sort réservé à son recours, jamais sa demi-rente n'aurait dû être supprimée avec effet immédiat. La décision de suppression de rente a été rendue sur la base des dispositions finales de la modification de la LAI (6^{ème} révision), en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2012. Selon la lettre a alinéa 1 de ces dispositions, les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique sont réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de ladite modification. Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA - lequel prévoit en son alinéa 2 qu'il n'y a pas incapacité de gain si celle-ci est objectivement surmontable - ne sont pas remplies, la rente est réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA - relatif à la révision d'une rente suite à une modification notable du taux d'invalidité - ne sont pas remplies. L'al. 4 de la let. a précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de ladite modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen. Le Tribunal fédéral a précisé les conditions auxquelles un réexamen du droit de la rente sur la base de la let. a al. 1 des dispositions finales pouvait avoir lieu (cf. notamment arrêt 9C_748/2013 du 10 février 2014 ou encore 8C_972/2012 du 31 octobre 2013 consid. 10, destiné à la publication). Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. En outre, la rente d'invalidité versée jusqu'alors doit avoir été accordée uniquement ("ausschliesslich") en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, au nombre desquels on compte la fibromyalgie (ATF 132 V 65). Au moment de la révision, seul ce diagnostic doit subsister; il convient également d'examiner si l'état de

santé s'est dégradé. Enfin, il faut vérifier si les «critères de Foerster» sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux. En l'occurrence, la recourante, au moment de la décision initiale d'octroi de la demi-rente, présentait une fibromyalgie, une probable épicondylite du coude gauche et un état dépressif dont la gravité n'était pas avérée (non qualifié par le médecin traitant, de gravité moyenne selon l'expert F_____ du CEMed et inexistant selon le Dr C_____). Etaient également évoqués par les experts du CEMed une personnalité émotionnellement labile, de discrets troubles statiques rachidiens et une suspicion de syndrome du tunnel carpien, dont ils ont considéré qu'ils étaient sans incidence sur la capacité de travail hormis qu'il fallait éviter le soulèvement répétitif de charges de plus de 15kg. Force est donc de constater que c'est bel et bien uniquement la fibromyalgie qui a justifié l'octroi d'une demi-rente d'invalidité. Par ailleurs, lors de la procédure de révision entamée fin 2012, le médecin traitant a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire. Le psychiatre traitant a en revanche fait état d'une aggravation du trouble de l'humeur, qualifié désormais de « sévère », ce que n'ont pas corroboré les experts du CEMed, qui, eux, l'ont qualifié de «léger ». S'ils ont certes retenu d'autres diagnostics que celui de trouble somatoforme douloureux, ils les ont jugés sans incidence sur la capacité de travail de l'intéressée. De ces éléments, s'il ressort que la recourante souffre encore, en sus d'une fibromyalgie, d'une rachialgie chronique et, éventuellement, d'angoisse, ces atteintes ne sont pas considérées par les experts comme susceptibles d'entraîner une diminution de la capacité de travail et donc de gain. Dès lors, il semble, prima facie, que les conditions des dispositions finales sont en l'occurrence bel et bien remplies, ce qu'il conviendra de confirmer ou non par un examen plus approfondi des rapports médicaux versés au dossier. En d'autres termes, les chances de succès de la recourante ne revêtent pas un caractère suffisamment certain pour être prises ici en considération, d'autant que, par ailleurs, la recourante a refusé d'être mise au bénéfice des mesures de réadaptation qu'elle reproche aujourd'hui à l'intimé de ne pas lui avoir accordé. Eu égard aux considérations qui précèdent, la demande de restitution de l'effet suspensif est rejetée. PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant A la forme : 1. Déclare le recours recevable. ![/endif]>![if> Sur incident : 2. Rejette la demande de mesures provisionnelles. ![/endif]>![if> 3. Réserve la suite de la procédure. ![/endif]>![if> 4. 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. ![/endif]>![if> La greffière Marie-Catherine SECHAUD La présidente Karine STECK Une copie conforme du présent arrêt est notifiée aux parties ainsi qu'à l'Office fédéral des assurances sociales par le greffe le