

GE_GERICHTE A/889/2015 vom 10. Dezember 2015

GE Cour de justice, 2015-12-10, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_A_889_2015

FR: GE_GERICHTE A/889/2015 du 10 décembre 2015

IT: GE_GERICHTE A/889/2015 del 10 dicembre 2015

Volltext

Genève Cour de justice (Cour de droit public) Chambre des assurances sociales 10.12.2015 A/889/2015

A/889/2015 ATAS/974/2015 du 10.12.2015 (AI) , REJETE Recours TF déposé le 17.02.2016, rendu le 29.06.2016, PARTIELMNT ADMIS, 9C_92/2016 En fait En droit République et canton de Genève POUVOIR JUDICIAIRE A/889/2015 ATAS/974/2015 COUR DE JUSTICE Chambre des assurances sociales Arrêt du 10 décembre 2015 3 ème Chambre En la cause Madame A_____, domiciliée à GENÈVE, représentée par l'Association suisse des assurés (ASSUAS) recourante contre OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITÉ DU CANTON DE GENÈVE, sis rue des Gares 12, GENÈVE intimé EN FAIT 1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____ 1975, originaire de Macédoine, en Suisse depuis 1994, a exercé la profession de « fille d'office ». Son revenu s'est élevé à CHF 32'959.20 en 1995 et à CHF 11'186.85 en 1996 (cf. formulaire établi par l'employeur le 7 août 1997 et l'extrait du rassemblement des comptes individuels AVS de l'intéressée).! [endif]>! [if> 2. Le 30 juin 1997, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office de l'assurance-invalidité (ci-après : OAI), en invoquant des douleurs multiples.! [endif]>! [if> 3. Par décision du 5 août 1999, l'OAI lui a reconnu le droit à un quart de rente basé sur un degré d'invalidité de 44 % à compter du 6 août 1997, à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : ! [endif]>! [if> - un rapport du 14 novembre 1996, du docteur B_____, du Service de neurochirurgie des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), constatant une contracture de la musculature paravertébrale importante, sans déficit sensitivomoteur et une petite hernie discale au niveau L5-S1 ; le médecin préconisait un traitement conservateur anti-inflammatoire et une perte pondérale de 10 kg ; ! [endif]>! [if> - un rapport du 25 février 1997, du docteur C_____, du Service de neurochirurgie des HUG, indiquant que, malgré la réalité du symptôme douloureux, les signes cliniques étaient assez modérés : les manœuvres de Lasègue ne permettaient de reproduire la symptomatologie qu'à partir de 80° et l'examen neurologique était normal ; l'imagerie par résonance magnétique (IRM) montrait bien une petite hernie discale sous-ligamentaire en L5-S1, mais il y avait peu de signes cliniques.! [endif]>! [if> - un rapport du 22 juin 1997, des docteurs D_____ et E_____, du Département de rhumatologie des HUG, concluant à des lombosciatalgies droites chroniques, à une tendinite de la patte d'oie à droite et à une obésité pré-morbide ; leur examen n'avait objectivé ni irritation radiculaire, ni déficit sensitif, raison pour laquelle ils préconisaient de s'abstenir de toute intervention ; les médecins relevaient de nombreux signes de surcharge à l'examen clinique, évoquant la possibilité d'un syndrome douloureux chronique ; ils soulignaient par ailleurs qu'une partie des lombalgies pouvait être attribuée à l'important surplus pondéral, lequel entraînait une accentuation de la lordose lombaire ; pour éviter toute chronicisation définitive ils préconisaient une reprise partielle du travail dans les plus brefs délais ; ! [endif]>! [if> -

un rapport du 8 octobre 1997, de la doctoresse F_____, spécialiste FMH en médecine générale et médecin traitant de l'assurée, attestant d'une totale incapacité de travail depuis le 5 août 1996 en raison de cervico-dorso-lombalgies chroniques sur troubles statiques de la colonne et sur séquelles d'une ancienne maladie de Scheuermann, sur discopathie L5-S1 et sur protrusion discale L3-L4, d'un canal lombaire étroit avec probable conflit radiculaire, de lombosciatalgies aiguës droites à répétition sur hernie discale L5-S1, d'un état anxio-dépressif chronique, d'un ulcère bulbaire récidivant, de gonalgies aiguës droites sur déchirure méniscale et chondropathie rotulienne et de céphalées chroniques ; le médecin précisait que, selon l'anamnèse, l'état dépressif avait déjà fait l'objet d'un traitement en 1990, date à laquelle l'assurée, alors âgée de 15 ans, aurait fait une tentative de suicide ;

!endif>!if> - un rapport de la Division de réadaptation professionnelle de l'OAI du 24 août 1998 concluant que l'assurée, malgré ses problèmes dorsaux, pourrait retrouver une activité adaptée dans un secteur permettant l'alternance des positions et excluant le port de charges ; son bagage scolaire et ses lacunes en français ne lui permettraient pas d'accéder à une formation autre que « sur le tas » ; !endif>!if> - un rapport établi le 18 novembre 1998 par le Centre d'intégration professionnelle (CIP), suite à un stage d'observation professionnelle, concluant à l'aptitude au travail de l'assurée dans un emploi léger, sans port de charges, s'effectuant en position majoritairement assise, mais permettant l'alternance des positions, à 50% au moins (par exemple : travaux sériels simples, travaux de conditionnement légers, poste d'opératrice sur machines ou de caissière dans un cinéma) ; !endif>!if> - un rapport de la Division de réadaptation professionnelle suggérant une aide au placement dans les activités proposées et l'octroi d'un quart de rente sur la base d'une évaluation théorique comparant le revenu annuel sans invalidité en 1998 (CHF 35'300.-) à celui que l'assurée aurait pu obtenir la même année après un reclassement dans une activité raisonnablement exigible de sa part, exercée à 50% (CHF 19'870.- selon la convention collective applicable dans l'industrie légère), ce qui conduisait à un taux d'invalidité de 44%. !endif>!if> 4. Dans un rapport du 28 juin 2000, le médecin traitant a informé l'OAI d'une aggravation de l'état de sa patiente remontant à six mois mais, par décision du 14 juillet 2003, l'OAI a considéré que l'assurée devait rester au bénéfice du quart de rente alloué jusqu'alors. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants : !endif>!if>

- un rapport du docteur G_____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, du 28 novembre 1997, confirmant l'absence d'indication chirurgicale au vu de l'absence de sciatalgie précise et de déficit neurologique objectif ; selon lui, l'examen clinique évoquait une souffrance radiculaire L4 droite, alors que le scanner montrait plutôt une pathologie discale L5-S1 droite ; !endif>!if> - un rapport du docteur H_____, spécialiste en neurologie, du 19 juin 1998, disant avoir constaté, par rapport à un premier examen effectué en décembre 1997, une évolution caractérisée par des signes de dénervation tout en précisant qu'il n'y avait pas d'appauvrissement significatif à l'effort au niveau des différents muscles ; !endif>!if> - le rapport rédigé le 28 juin 2000 par la Dresse F_____, faisant état de nouveaux diagnostics (rétroliothésis de C3 et suspicion de fibromyalgie) et concluant à une totale incapacité de travail depuis le 16 février 2000 ; !endif>!if> - un rapport du 25 octobre 2001 de la Dresse F_____ expliquant que, depuis 1997, étaient apparus des douleurs et des blocages au niveau du genou droit ; !endif>!if> - un rapport d'expertise de la doctoresse I_____, cheffe de clinique au Département des neurosciences des HUG, établi du 12 février 2002, retenant les diagnostics suivants : fibromyalgie versus syndrome douloureux chronique, depuis au

moins 1997 (date de consultation d'un rhumatologue), discopathie L5-S1 avec hernie discale paramédiane droite, en conflit modéré avec la racine S1 droite, probablement depuis 1997 (les examens antérieurs montraient déjà la présence de cette hernie mais elle ne semblait pas encore comprimer la racine S1), et état anxio-dépressif chronique (déjà signalé dans un certificat d'octobre 1997) ; l'experte a considéré que si l'activité de fille d'office n'était plus raisonnablement exigible, en revanche une activité plus légère (comme celle d'aide-herbier exercée par l'assurée durant un an au Jardin botanique) l'était, à un taux de 50%, avec une diminution de rendement de 20 à 30% ; l'experte précisait qu'il était difficile de répondre à la question de savoir s'il y avait eu aggravation objective depuis août 1999 : la plupart des constatations objectives étaient déjà présentes lors des examens cliniques en 1997 ; certes, il y avait confirmation des points de fibromyalgie et des douleurs plus diffuses lors de la palpation, mais les examens radiologiques ne montraient pas de changement majeur ; en d'autres termes, l'aggravation était basée essentiellement sur les plaintes.

!endif]>[if> - un avis du Service médical régional de l'OAI (SMR) du 6 mai 2002 considérant que les conclusions de l'expertise ne pouvaient être acceptées telles quelles, puisque, d'une part, l'expert ne mettait pas en évidence les raisons pour lesquelles un travail réputé approprié au plan biomécanique ne serait pas exigible à plein temps, d'autre part, il n'y avait eu aucune appréciation psychiatrique ; un examen bidisciplinaire rhumato-psychologique était préconisé ;

!endif]>[if> - un rapport d'examen bidisciplinaire par les docteurs J_____, psychiatre, et K_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, daté du 7 avril 2013, concluant à des lombalgies chroniques dans le cadre de discrets troubles dégénératifs lombaires, à un syndrome douloureux somatoforme persistant sans comorbidité psychiatrique et à une obésité ; les médecins du SMR disaient n'avoir pu mettre en évidence aucun argument objectif en faveur d'une réelle aggravation de la situation ; la problématique lombaire était la seule en faveur de laquelle on disposait d'arguments autres que subjectifs ; l'examen clinique psychiatrique n'avait montré ni dépression majeure, ni décompensation psychotique, ni anxiété généralisée, ni trouble phobique, ni trouble de la personnalité morbide ; l'état anxio-dépressif chronique évoqué par le médecin traitant ne pouvait être confirmé ; les médecins du SMR avaient également noté une discordance entre l'intensité extrême des plaintes alléguées et les constatations objectives, modestes : ils n'avaient pu objectiver ni véritable sentiment de détresse, ni perturbation de l'environnement psychosocial, malgré l'allégation de lourds handicaps par l'assurée ; les médecins considéraient que l'on pouvait attendre de l'assurée qu'elle mobilise ses ressources pour reprendre une activité ; en définitive, sur le plan psychiatrique, la capacité de travail exigible était de 100% ; sur le plan physique, les limitations fonctionnelles étaient les suivantes : obligation d'alterner les positions une fois par heure, nécessité d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant 8 kg, le port régulier de charges d'un poids excédant 15 kg, ainsi que le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc ; en conclusion, les médecins du SMR évaluaient la capacité de travail à 100% dans une activité adaptée, tout en reconnaissant qu'il leur était impossible de démontrer objectivement une amélioration de la situation par rapport à celle qui prévalait au moment où le quart de rente avait été octroyé à l'assurée ; dès lors, ils proposaient de maintenir le quart de rente ; en revanche, il n'y avait aucune raison médicale objective d'augmenter le taux d'invalidité, d'autant moins que l'évaluation psychiatrique spécialisée n'avait mis en évidence aucune comorbidité ;

!endif]>[if> - un avis émis le 17 juin 2003 par le SMR retenant qu'objectivement, une pleine capacité de travail était exigible dans une activité adaptée mais suggérant, puisqu'il n'y

avait pas eu d'amélioration évidente par rapport à la situation qui prévalait en 1998, lorsque la décision d'octroi d'un quart de rente avait été prise et que cette décision ne pouvait être considérée comme manifestement erronée, que le statu quo soit maintenu.!

5. Le 24 septembre 2003, l'assurée s'est opposée à cette décision en persistant à soutenir que son état s'était aggravé (augmentation de la fréquence des crises de lombosciatalgies, non-résolution complète des douleurs malgré le traitement conservateur, extension des douleurs au niveau cervical et apparition d'importantes douleurs à l'épaule gauche)!

Elle a notamment produit un bref rapport du docteur L_____, spécialiste FMH en neurologie, du 23 novembre 2001, faisant état d'un minime contact de la protrusion L5-S1 avec la racine droite et conseillant une approche chirurgicale.

6. Par décision du 15 mars 2004, l'OAI a rejeté l'opposition.!

7. Par écriture du 8 avril 2004, l'assurée a interjeté un recours qu'elle a ensuite retiré, ce dont la Cour de céans a pris acte le 8 septembre 2004 (ATAS/703/2004).!

8. Une nouvelle procédure de révision s'est ouverte en septembre 2006, à l'issue de laquelle, par décision du 9 mai 2007, l'OAI a informé l'assurée que son droit à la rente demeurerait inchangé, au vu, notamment, des éléments suivants :

- un rapport du 14 novembre 2003, du Dr L_____, consulté suite à une recrudescence des sciatalgies, concluant à un syndrome cervical et lombaire moyennement marqué et à un status neurologique normal, en dehors d'une légère atténuation possible de la sensibilité S1 ;!
- un rapport du 14 juin 2004 de la consultation ambulatoire de rhumatologie des HUG faisant état de douleurs ostéo-articulaires diffuses et fluctuantes, sans argument clinique ou biologique pour une dysthyroïdie, une myopathie, une maladie rhumatismale inflammatoire ou encore une connectivite ; les médecins retenaient en définitive une fibromyalgie et préconisaient de la physiothérapie et des antalgiques ;!
- un rapport du 1^{er} février 2005, du docteur M_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant, après échographie de l'épaule gauche, à une capsulose évolutive modérément rétractile et à l'absence d'atteinte de la coiffe des rotateurs ou de la bourse sous-acromiale, deux éléments parfaitement normaux ;!
- un rapport du 8 mars 2005, du docteur N_____, spécialiste FMH en rhumatologie, indiquant qu'il n'y avait rien de plus à faire s'agissant des lombosciatalgies ; quant à l'épaule, il n'y avait pas d'argument pour une pathologie de la coiffe des rotateurs et la description de signes pour une capsulose évolutive modérément rétractile par le radiologue ne correspondait en tout cas pas à un tableau clinique de capsulite rétractile ; certains éléments suggéraient la possibilité d'une lésion du bourrelet glénoïdien, en revanche il n'y avait aucun élément net pour une instabilité majeure de l'épaule ; le médecin concluait à une très probable fibromyalgie, tout en précisant que l'on ne pouvait lui attribuer l'intégralité des douleurs de l'épaule ;!
- un rapport du 23 septembre 2005, du docteur O_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant, après une IRM cervicale, à un début de dégénérescence discale en C3-C4 et C5-C6 avec discopathie modérée C4-C5, C5-C6, à une protrusion discale en C4-C5, sans image de hernie ni effet compressif sur les racines, à des racines symétriques et libres dans les trous de conjugaison, à l'absence d'argument pour un canal cervical étroit, à un cordon médullaire de topographie normale et à un signal homogène ;!
- un rapport du 30 janvier 2006, du docteur P_____, spécialiste FMH en radiologie, concluant, après radiographies de l'épaule gauche et arthro-IRM, à un examen dans la norme, hormis une discrète bursite et une très petite érosion de surface de la partie postéro-supérieure de la tête humérale, d'aspect banal ;!
- un rapport du 6 février 2006 du Dr N_____ confirmant la

présence de treize points de fibromyalgie douloureux sur dix-huit et expliquant que l'arthro-IRM de l'épaule gauche n'avait rien montré de très significatif ;

- un rapport du 10 mars 2006, du docteur Q_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, confirmant que l'arthro-IRM ne montrait qu'une minime bursite sous-acromiale ; quant à l'IRM de l'omoplate, elle ne montrait ni exostose ni bursite pouvant expliquer les crépitations ; en conclusion, il n'y avait pas d'argumentation pour une quelconque pathologie d'épaule susceptible d'expliquer les plaintes de la patiente ; le médecin disait ne pas être convaincu non plus, cliniquement, de l'existence d'une instabilité de l'épaule, les radiographies ne montrant aucune distension capsulaire ni décollement du bourrelet et l'anamnèse ne révélant par ailleurs aucun traumatisme pouvant expliquer l'apparition d'une telle pathologie ;

- un bref rapport du 6 octobre 2006, de la Dresse F_____ faisant état d'une aggravation de l'état de sa patiente et énonçant à titre de nouveaux diagnostics : une tendinopathie à l'épaule gauche avec suspicion d'une instabilité et d'une capsulose rétractile, un syndrome du tunnel carpien gauche et des migraines ; selon ce médecin, le début de l'aggravation remontait à une année environ (soit fin 2005) ; sa patiente se plaignait de façon continue d'importantes douleurs au niveau de tout le rachis, irradiant au niveau du membre supérieur droit et du membre inférieur gauche et s'accompagnant de blocages au niveau lombaire ; elle se plaignait également de douleurs à l'épaule gauche, au genou droit, à la tête, de vertiges, d'asthénie, d'angoisses, de troubles de sommeil et d'un « manque d'air » ;

- un rapport du 30 octobre 2006, de la Dresse U_____, concluant à un état dépressif majeur sévère avec quelques symptômes psychotiques, à des crises de panique avec agoraphobie et à un trouble douloureux associé à la fois à des facteurs psychiatriques et à affection médicale, apparu progressivement depuis deux ans (soit depuis fin 2004) ; selon elle, l'état dépressif était totalement invalidant ;

- un avis du SMR du 27 avril 2007 constatant que les multiples examens effectués n'avaient mis en évidence aucun élément significatif nouveau et que le psychiatre traitant n'étayait pas ses diagnostics ; le SMR, relevant que la rente octroyée n'était probablement plus justifiée au vu de la jurisprudence, proposait de ne rien modifier s'agissant du degré d'invalidité admis mais suggérait, en cas de nouvelle demande, de procéder à une révision complète, avec, éventuellement, suppression de la rente.

9. Par décision du 11 juin 2007, l'OAI a maintenu son refus d'augmentation de rente.

10. Saisie d'un recours de l'assurée, la Cour de céans, par arrêt du 2 octobre 2008 (ATAS/1111/2008) l'a admis partiellement en ce sens qu'elle a renvoyé la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

En effet, entendue dans le cadre de l'instruction du recours, la Dresse U_____ avait indiqué que l'apparition des troubles douloureux remontait à 2001 environ, celle des troubles dépressifs à 2004, selon les dires de l'assurée. Auparavant, il y avait sans doute des variations d'humeur réactionnelles aux douleurs, sans plus. Selon le psychiatre traitant, toute la symptomatologie requise par le DSM-IV pour conclure à un état dépressif majeur de grande sévérité était présente : une extrême fatigabilité, des troubles du sommeil, des désordres alimentaires, d'énormes angoisses, une agoraphobie assez intense, un retrait social « gigantesque », des difficultés de concentration au point de peiner à suivre une conversation, des ruminations, des troubles mnésiques, etc. Malgré des changements de traitements, l'état de la patiente était demeuré, dans l'ensemble, stable. Il n'y avait eu que de toutes petites améliorations, très brèves. Au contraire, une certaine péjoration était survenue, sous forme de céphalées prenant de l'ampleur au point de se transformer en crises de migraines de plusieurs jours, obligeant l'assurée à rester dans le noir, provoquant des

vomissements et nécessitent parfois une injection. Le psychiatre traitant a également évoqué un risque suicidaire fluctuant. Enfin, il a émis l'avis que la compliance devait être bonne, bien qu'elle n'ait pas été vérifiée par des dosages sanguins. Suite à cette audition, le SMR, en date du 10 septembre 2008, constatant que l'examen bidisciplinaire du SMR d'avril 2003 était antérieur à l'apparition des troubles psychiques allégués (en 2004), avait admis qu'une instruction complémentaire se justifiait. 11. A l'issue de cette instruction complémentaire, l'OAI, par décision du 5 août 2009, a reconnu à l'assurée le droit rétroactif à une rente entière d'invalidité avec effet au 1^{er} janvier 2007 en se basant principalement sur l'expertise du docteur V_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie. 12. Dans son rapport du 30 mars 2009, ce médecin avait en effet conclu à un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique à une anxiété généralisée et à un syndrome douloureux somatoforme persistant. L'expert avait également mentionné une agoraphobie avec trouble panique présente depuis fin 2004, dont il avait cependant jugé qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail. Les critères permettant de conclure à un état dépressif sévère étant vérifiés, il fallait admettre l'existence d'une comorbidité psychiatrique invalidante d'une importance et d'une gravité suffisantes pour être jugée incapacitante. En revanche, il n'y avait aucune perte d'intégration sociale et pas non plus d'affection corporelle chronique pouvant expliquer l'ampleur des plaintes (vu l'absence de troubles ostéo-articulaires significatifs objectifs). Néanmoins, dans la mesure où les traitements appliqués conformément aux règles de l'art s'étaient révélés inefficaces, où l'épisode dépressif sévère était totalement incapacitant et où l'anxiété généralisée était partiellement limitative, il existait, selon l'expert, suffisamment d'arguments pour admettre l'existence d'une atteinte invalidante. 13. Une nouvelle révision du dossier a débuté en juillet 2010. 13. Dans un rapport du 4 octobre 2010, le médecin traitant a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente (importantes douleurs au niveau du rachis lombaire, irradiant au niveau du membre inférieur droit, blocages lombaires, douleurs aux épaules, maux de tête, asthénie, angoisses et hallucinations auditives, malgré les traitements). Le médecin traitant a joint à sa détermination : - un rapport du 11 mars 2008, constatant une importante gastrite chronique ; - un rapport du 15 septembre 2008, du Dr O_____, suite à une IRM du cerveau, concluant à un examen normal ; - un rapport de ce même médecin, du 28 avril 2009, suite à une IRM du genou droit, constatant un discret épanchement intra-articulaire, une dégénérescence de la corne postérieure du ménisque interne sans déchirure, une tendinopathie rotulienne, de petites formations nodulaires bordant le ligament croisé antérieur (micro kystes synoviaux) et l'absence de rupture des ligaments collatéraux et croisés ; - un rapport du 5 octobre 2009, du Dr O_____, suite à une échographie de l'abdomen de l'assurée, concluant à un examen normal. - un rapport du 18 novembre 2009, du docteur W_____, spécialiste FMH en gastroentérologie, constatant un hémangiome du lobe gauche du foie et l'absence d'anomalie, hormis une stéatose modérée. 14. L'assurée a alors été adressée une nouvelle fois au Dr V_____ pour expertise. Le médecin a rendu son rapport le 2 mai 2011, sur la base d'un entretien avec l'assurée, de l'étude du dossier et d'un nouvel entretien avec le psychiatre traitant. Il a retenu les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans syndrome somatique, d'anxiété généralisée et de syndrome douloureux somatoforme persistant. Tout comme la fois précédente, il a mentionné une agoraphobie avec trouble panique, dont il a indiqué qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail. L'expert a relevé que, selon le psychiatre traitant, il n'y avait pas de changement

dans les diagnostics et l'état dépressif était devenu chronique mais, pour sa part, à l'issue d'une discussion détaillée des différents diagnostics, s'il a admis que la capacité de l'assurée était limitée, tant sur les plans psychique et mental que social, il a considéré qu'on pouvait admettre une capacité résiduelle de travail de 4 h. 15 par jour, sans diminution de rendement, et ce, depuis le 1er février 2011. En substance, l'expert a expliqué que, par rapport à mars 2009, l'ampleur de l'inhibition dépressive avait diminué. Il a jugé que l'on pouvait faire remonter cette amélioration à février 2011, suite au nouveau traitement introduit en janvier 2011, dont l'assurée avait rapporté l'effet bénéfique (diminution des cauchemars, amenuisement des illusions). 15. Par courrier du 29 novembre 2011, le psychiatre traitant a contesté la position de l'expert en émettant l'avis que le diagnostic d'épisode dépressif moyen devait être remplacé par celui d'épisode dépressif majeur sévère avec symptomatologie psychotique en rémission extrêmement partielle. 16. Selon la Dresse U_____, l'épisode dépressif sévère initial avait résisté aux médicaments. Parmi les symptômes les plus importants encore présents figuraient une irritabilité extrême et des troubles de la concentration et de la mémoire. Malgré la disparition de cauchemars, l'assurée se sentait toujours assez fatiguée et faisait preuve d'une instabilité émotionnelle importante. S'y ajoutait une anxiété généralisée qui épuisait la patiente, toujours en alerte. D'ailleurs, l'échelle de Hamilton aboutissait à un score de 39, correspondant à une dépression extrême. 17. Dans un courrier du 25 janvier 2012, le médecin traitant a lui aussi émis l'avis que sa patiente ne pouvait exercer la moindre activité lucrative. 18. Dans un rapport du 10 octobre 2013, le Professeur X_____, spécialiste FMH en radiologie, suite à une IRM de la colonne dorsolombaire, a indiqué que les protrusions discales et la hernie n'exerçaient pas de contrainte et étaient inchangées par rapport à l'examen pratiqué en septembre 2011. Il a noté des séquelles étagées discrètes d'ostéochondrose juvénile du segment distal du rachis dorsal, un angiome banal du corps vertébral de L3, une maladie de Baastrup en L4-L5 et L5-S1 et a préconisé une infiltration des ligaments inter-épineux. 19. Dans un rapport du 10 février 2014, le Dr Y_____, suite à une IRM cervicale, a constaté l'absence d'évolution par rapport à l'examen pratiqué en février 2011. Afin de clarifier la situation, l'OAI a alors adressé l'assurée au Centre d'expertises médicales (CEMed) pour une nouvelle évaluation, pluridisciplinaire, cette fois. L'assurée a fait l'objet d'un examen par les docteurs Z_____, spécialiste FMH en médecine interne, AA_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et AB_____, spécialiste FMH en rhumatologie, qui ont rendu leur rapport en date du 18 septembre 2014. Les experts ont relaté que l'assurée se plaignait désormais de douleurs abdominales persistantes, d'une impression de chute imminente et de fréquents malaises avec cervicalgies et céphalées de tension en crises douloureuses ayant nécessité de faire appel à plusieurs reprises des services d'urgence pour des injections. Les experts ont constaté qu'au fil des ans, les lombalgies s'étaient étendues aux autres segments du rachis, d'une part, que l'assurée suivait un traitement psychotrope assez conséquent, depuis cinq ans, d'autre part. Ils ont relaté les plaintes de l'assurée dans le détail, tant sur le plan somatique que psychique, avant de se livrer à une description non moins détaillée des status psychique et somatique. Sur le plan physique, il a été souligné que les documents d'imagerie mis à disposition ne montraient que des lésions très modérées. L'imagerie du rachis, exhaustive, avec ses images d'ancienne maladie de Scheuermann, de modifications dégénératives débutantes, ses hernies et protrusions sans compression radiculaire ne corroboraient pas les plaintes démonstratives de l'expertisée. Les nombreux contrôles successifs ne montraient aucune évolution défavorable durant les

quinze dernières années. Les plaintes de l'expertisée étaient toujours les mêmes (douleurs du squelette axial et des ceintures scapulaire et pelvienne, irradiant en périphérie, sans aucune manifestation de déficit neurologique). Les experts ont mis en évidence la présence de tous les signes de non-organicité de Waddell et Hoover, ainsi que tous les trigger points de Yunus développés dans un contexte de douleurs musculo-ligamentaires et des insertions ostéotendineuses. Ils n'ont observé aucun signe de perte de force musculaire ou de sensibilité au-delà des démonstrations réactionnelles à la douleur. Les experts ont relevé que la médication antalgique consistait non pas en anti-inflammatoires ou myorelaxants mais principalement en Dafalgan, soit un antalgique mineur. Dès lors, l'intensité douloureuse alléguée était difficilement crédible. L'épaule gauche, douloureuse autrefois, ne l'était plus désormais. L'atteinte des genoux, sièges d'un syndrome douloureux du compartiment antérieur, n'était plus au premier plan. En définitive, les experts ont conclu à un syndrome douloureux chronique sans lésion anatomique, inflammatoire ou métabolique, susceptible de l'expliquer. Ils ont précisé qu'il ne pouvait à lui seul justifier une incapacité de travail de longue durée, tout au plus, des limitations quant aux port et transport de lourdes charges. Sur le plan physique, la capacité de travail était complète, en temps et en rendement, sans limitation. Sur le plan psychique, les experts ont aussi relevé une discordance entre les plaintes subjectives et leurs constatations objectives. Ils ont retenu un épisode dépressif versus un trouble dépressif récurrent, qualifié de modéré avec syndrome somatique. Les experts ont souligné la difficulté d'apprécier le degré de gravité de l'atteinte vu les plaintes très importantes de l'assurée. A l'examen clinique, ils n'ont toutefois observé ni fatigue manifeste, ni ralentissement psychique, ni perte de dynamisme, ni symptômes psychotiques - dont ils ont d'ailleurs relevé qu'ils n'avaient été rapportés que de façon inconstante. Ils ont en revanche observé une anxiété généralisée tout à fait manifeste, l'assurée étant constamment dans l'appréhension de la survenue de malheurs. Cependant, ce trouble a été jugé sans répercussion sur la capacité de travail : au contraire, le fait d'exercer une activité aurait probablement des effets bénéfiques. S'y ajoutait une agoraphobie avec trouble panique retenue parce que la description des épisodes d'anxiété paroxystique était assez caractéristique, de même que les cognitions agoraphobes. Les experts ont admis que cela limitait l'autonomie de l'assurée à l'extérieur de son domicile et en particulier sa capacité à se rendre seule sur un lieu de travail. Le diagnostic de syndrome somatoforme douloureux persistant a également été retenu au vu des phénomènes d'amplification clairement mis en évidence. Selon les experts, on est à la limite d'une majoration des symptômes physiques pour raisons psychologiques. Ils ont souligné l'existence d'importants bénéfices secondaires et d'un phénomène d'invalidation. Les experts se sont étonnés des résultats du monitoring thérapeutique pratiqué le 23 juin 2014, montrant des taux indétectables pour la paroxétine et la duloxétine. Ils ont jugé ces résultats surprenants au vu de la sévérité des plaintes rapportées par l'assurée et, surtout, des répercussions alléguées des troubles psychiques sur son quotidien (impossibilité de sortir seule de son domicile). Ils en ont tiré la conclusion que la sévérité des plaintes psychiques était beaucoup moins crédible et que l'on était en droit de s'interroger sur la sévérité des troubles psychiatriques, en particulier sur l'agoraphobie avec trouble panique. En conclusion, les experts ont écarté toute incapacité de travail au motif que le trouble somatoforme n'était pas associé à un trouble psychiatrique sévère, qu'il n'y avait pas de processus maladif s'étendant sur plusieurs années, pas de perte d'intégration sociale, pas d'état psychique cristallisé, pas d'échec des traitements ambulatoires et que, par ailleurs, la compliance aux médicaments était très mauvaise et les douleurs ne nécessitaient pas de médication

antalgique majeure. En définitive, les seules atteintes pouvant être retenues comme ayant des répercussions sur la capacité de travail étaient les lombalgies chroniques sur modifications dégénératives rachidiennes modérées, en raison desquelles il convenait d'éviter le port de charges. 20. Le dossier de l'assurée a alors été soumis une nouvelle fois au SMR qui a émis l'avis, en date du 9 décembre 2014, que le CEMed proposait une appréciation différente d'une même situation par rapport à l'expertise du Dr V_____ de 2011. Considérant que l'expertise du CEMed était plus complète et multidisciplinaire, le SMR a préconisé d'en suivre les conclusions et de retenir une amélioration de l'état psychique depuis 2011, avec une pleine capacité de travail dans toute activité ne comportant pas de port de charges. A cet égard, le SMR a fait remarquer que l'appréciation du Dr V_____ de 2011, qui admettait encore une incapacité de travail de 50%, ne tenait pas compte du fait que l'état dépressif devait être considéré comme partie intégrante du trouble somatoforme et avait sans doute été faussée par l'absence de vérification de la compliance médicamenteuse. 21. Par décision du 11 février 2015, l'OAI a supprimé la rente entière allouée jusqu'alors à l'assurée avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision. L'OAI, considérant que l'exercice d'une activité adaptée, à plein temps, était exigible depuis février 2011, a comparé le revenu qu'aurait réalisé l'assurée dans son ancienne activité de serveuse (CHF 42'914.-) à celui qu'elle aurait pu théoriquement obtenir malgré l'atteinte à sa santé dans une activité adaptée en tenant compte d'une réduction supplémentaire de 10% (soit CHF 47'915.- ; selon l'Enquête suisse sur la structure des salaires [ESS] 2010, TA1, niveau 4 = CHF 4'225.- en 2010 pour 40h./sem. = CHF 4'394.- en 2010 pour 41,6 h./sem. = CHF 52'728.- en 2010 = CHF 53'239.- en 2011). Il n'en résultait aucune perte de gain. 22. Par écriture du 14 mars 2015, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à ce qu'une rente entière continue à lui être allouée. En substance, l'assurée fait valoir que ni son médecin traitant, qui la suit depuis 1992, ni son psychiatre traitant n'ont jamais constaté aucune amélioration de son état de santé, lequel continue à la limiter fortement, tant sur le plan physique que psychique, et lui interdit la reprise d'une activité professionnelle quelle qu'elle soit. Elle en tire la conclusion que les conditions permettant une révision de la situation et la suppression de sa rente ne sont pas réunies. 23. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 21 avril 2015, a conclu au rejet du recours. Il fait valoir que les atteintes énumérées par le médecin traitant, qui n'est ni psychiatre, ni rhumatologue, n'ont pas été corroborées par une imagerie ou un examen clinique spécialisé. Se référant au rapport d'expertise pluridisciplinaire du 19 septembre 2014, auquel il considère qu'il convient de reconnaître pleine valeur probante, il constate que, sur le plan physique, aucune atteinte permettant d'expliquer la symptomatologie douloureuse et les plaintes de l'assurée n'a été objectivée et que, sur le plan psychique, les plaintes subjectives sont plus marquées que les constatations objectives, ce qui permet de douter de la sévérité de l'atteinte. L'intimé relève que les experts concluent à un trouble somatoforme douloureux. Il rappelle qu'en présence de ce diagnostic, surtout lorsque les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on doit généralement conclure à l'absence d'atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations de l'assurance-invalidité. Quant au trouble dépressif, l'intimé fait valoir qu'il ne constitue en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable à un trouble somatoforme douloureux. L'intimé souligne par ailleurs la mauvaise compliance de l'assurée, dont il rappelle l'obligation de réduire le dommage. A l'appui de sa position, l'intimé produit un avis émis le 15 avril 2015 par la doctoresse AC_____.

médecin auprès du SMR. 24. Par écriture du 1^{er} juin 2015, l'assurée a persisté dans ses conclusions. Elle rappelle que son médecin traitant la suit depuis plus de vingt ans et conteste les conclusions des experts, dont elle considère qu'ils ont minimisé la portée réelle de ses affections, tant physiques que psychiques. Elle soutient qu'on ne saurait réduire ses importants troubles psychiatriques à une manifestation réactive à un trouble somatoforme puisque, comme le confirme son psychiatre traitant dans son rapport du 2 mars 2015, la maladie psychiatrique, maintenant chronicisée et donc durable, semble au contraire avoir des origines familiales. En conclusion, la recourante considère qu'il n'a pas suffisamment démontré que son état de santé se serait amélioré. A l'appui de sa position, elle produit : - un rapport rédigé le 1^{er} mars 2015 par son médecin traitant depuis novembre 1992 récapitulant la situation depuis 1996 - date de la première consultation pour des douleurs au niveau de la colonne lombaire ; la Dresse F_____ soutient que depuis lors, la symptomatologie clinique s'est aggravée de jour en jour, les douleurs progressant au niveau de la colonne cervicale et irradiant au niveau des membres supérieurs, de la hanche droite et de l'épaule gauche ; le médecin fait également mention d'épigastalgies, de maux de tête, d'angoisses, d'asthénie, de troubles du sommeil, et, depuis 1997, de douleurs et blocages au niveau du genou droit ; puis elle reprend l'énumération des diagnostics déjà précédemment évoqués dans ses précédents rapports ; le médecin rappelle que sa patiente a bénéficié de nombreux traitements médicamenteux et de physiothérapie sans amélioration notable et conclut que son état sa santé ne lui permet pas d'envisager une activité, quelle qu'elle soit ; enfin, il suggère la mise sur pied d'une observation professionnelle afin d'évaluer la capacité de travail de sa patiente en précisant que le port de charges lourdes et les responsabilités sont contre-indiquées; - un rapport rédigé le 2 mars 2015 par la Dresse U_____, psychiatre traitant depuis octobre 2008, attestant de l'existence d'un état dépressif désormais chronicisé, majeur sévère, d'une anxiété généralisée et d'une agoraphobie qui interdit à l'assurée de quitter son domicile sans être accompagnée ; le médecin conteste toute amélioration et précise que la maladie psychiatrique semble être d'origine familiale (suicide du frère de l'assurée, patiente extrêmement introvertie et très choquée par cet événement); la Dresse U_____ souligne que la recourante a parfois des idées suicidaires et qu'il ne serait pas forcément possible de prévenir un geste désespéré en raison du côté intraverti de sa patiente ; selon elle, l'assurée est « plus que limitée sur le plan du travail » et ne peut assumer aucune responsabilité, d'autant qu'elle rencontre des problèmes de concentration importants et une fatigabilité qui ne la quitte pas ; la capacité de travail est nulle dans l'activité antérieure comme dans toute autre. 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 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément. Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3). Les modifications de

la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). En l'espèce, la décision litigieuse du 11 février 2015 est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

3. Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

4. Le litige a pour objet le droit de la recourante au maintien d'une rente entière de l'assurance-invalidité, plus particulièrement le point de savoir si son état de santé s'est amélioré depuis le 5 août 2009, date à laquelle l'intimé lui avait reconnu le droit à une telle rente.

5. Selon la jurisprudence, aussi bien dans le cadre d'une nouvelle demande au sens de l'art. 87 al. 3 RAI (ATF 130 V 71 consid. 3.2.3) que dans celui d'une révision d'une rente au sens de l'art. 17 LGPA (ATF 133 V 108 consid. 5), c'est la dernière décision entrée en force 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.

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (cf. ATF 130 V 343 consid. 3.5).

6. 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^{er} janvier 2008).

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 (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.654/00 du 9 avril 2001 consid. 1). 7. 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 malade, 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). Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont 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). 8. a. Les principes jurisprudentiels développés en matière de troubles somatoformes douloureux sont également applicables à la fibromyalgie (ATF 132 V 65 consid. 4.1). L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus malade s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art, cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 132 V 65 consid. 4.2). b. Dans un arrêt récent (ATF 141 V 281), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65 ; ATF 131 V 49 ; ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation

de la personne d'autre part (ATF 141 V 281 consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (ATF 141 V 281 consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence. c. Si dans cet arrêt, le Tribunal fédéral a notamment abandonné la présomption du caractère surmontable d'un syndrome douloureux somatoforme, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion définis dans l'ATF 131 V 49, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit aux prestations d'assurance, si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, et ce même si les caractéristiques d'un trouble somatoforme douloureux au sens de la classification sont réalisées (voir le consid. 2.2. de l'ATF 141 V 281). Des indices d'une telle exagération apparaissent notamment en cas de discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, de grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psycho-social intact (arrêt du Tribunal fédéral 8C_562/2014 du 29 septembre 2015 consid. 8.2; arrêts du Tribunal fédéral 9C_899/2014 et 9C_173/2015 des 29 juin 2015).

9. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).

10. 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).

11. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, les autorités administratives et les juges des assurances sociales doivent procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raison pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Ils ne peuvent 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). Selon la jurisprudence qui prévalait jusqu'à récemment, le juge cantonal qui estimait que les faits n'étaient pas suffisamment élucidés

avait en principe le choix entre deux solutions: soit renvoyer la cause à l'administration pour complément d'instruction, soit procéder lui-même à une telle instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral U.58/01 du 21 novembre 2001 consid. 5a). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a cependant modifié sa jurisprudence en ce sens que les instances cantonales de recours sont en principe tenues de diligenter une expertise judiciaire si les expertises médicales ordonnées par l'OAI ne se révèlent pas probantes (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3). Cela étant, un renvoi à l'administration pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise reste possible, même sous l'empire de la nouvelle jurisprudence, notamment lorsqu'une telle mesure est nécessaire en raison du fait que l'administration n'a pas du tout instruit un point médical (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.4).>[if> 11. Enfin, 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).>[if> 12. a. En l'espèce, il convient d'examiner, en premier lieu, si la situation de la recourante a subi un changement important propre à influencer son degré d'invalidité, et donc son droit à des prestations, depuis août 2009, date à laquelle l'intimé lui a reconnu le droit à une rente entière d'invalidité. >[if> En bref, il est établi que l'assurée souffre au premier plan d'un trouble somatoforme douloureux persistant versus fibromyalgie, apparu progressivement dans les années 1990. Alors qu'elle était déjà en arrêt de travail pour des raisons somatiques et au bénéfice d'une rente partielle à partir de 1997, un tableau anxio-dépressif s'est développé à partir de 2004, suite à son deuxième accouchement. Dans ce contexte, elle a continué à bénéficier d'une rente partielle, puis, sur la base d'une première expertise du Dr V_____ en 2009, qui concluait à un épisode dépressif sévère, une totale incapacité de travail lui a été reconnue, ainsi que le droit à une rente entière. Dans le cadre de la révision initiée en 2010 et de la seconde expertise du Dr V_____ indiquant une amélioration de l'état de santé, l'intimé, après avoir diligenter une nouvelle expertise pluridisciplinaire, a considéré que celle-ci confirmait l'amélioration constatée par le Dr V_____ et a retenu une capacité de travail entière dans toute activité tenant compte des limitations fonctionnelles lombaires depuis février 2011. La recourante conteste ce point de vue en faisant valoir que ni son médecin traitant, qui la suit depuis 1992, ni son psychiatre traitant, qui la suit depuis plusieurs années également, n'ont jamais constaté aucune amélioration de son état de santé. Elle en tire la conclusion que les conditions permettant une révision de la situation et la suppression de sa rente ne sont pas réunies. b. Pour rendre sa décision d'octroi de rente du 5 août 2009, l'intimé s'était fondé sur le rapport d'expertise du Dr V_____ du 30 mars 2009. Dans son rapport du 30 mars 2009, basé sur un entretien avec l'assurée de plus de deux heures, l'étude du dossier et un contact avec le psychiatre traitant, ce médecin avait en effet conclu à un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique, présent depuis 2004, à une anxiété généralisée, depuis fin 2004 également, et à un syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 1997. L'expert avait également mentionné une agoraphobie avec trouble panique présente depuis fin 2004, dont il a jugé qu'elle était sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr V_____ avait estimé à

l'époque que les critères permettant de conclure à un état dépressif sévère étaient présents et qu'il fallait donc admettre l'existence d'une comorbidité psychiatrique invalidante d'une importance et d'une gravité suffisantes pour être jugée incapacitante. Même s'il n'y avait ni perte d'intégration sociale ni affection corporelle chronique pouvant expliquer l'ampleur des plaintes (vu l'absence de troubles ostéo-articulaires significatifs objectifs), il y avait suffisamment d'arguments pour admettre l'existence d'une atteinte invalidante, vu l'inefficacité des traitements appliqués conformément aux règles de l'art, la sévérité de l'épisode dépressif et les limitations induites par l'anxiété généralisée. c. Dans le cadre de la révision débutée en juillet 2010, l'intimé a sollicité à nouveau le Dr V _____, qui a rendu son rapport en mai 2011. Cette fois, l'expert a considéré que l'épisode dépressif n'était plus que de gravité moyenne. S'y ajoutaient toujours une anxiété généralisée et un syndrome douloureux somatoforme persistant, ainsi qu'une agoraphobie non incapacitante. Bien que, selon le psychiatre traitant, il n'y ait pas de changement dans les diagnostics, l'expert a pour sa part constaté que l'ampleur de l'inhibition dépressive avait diminué et il a jugé que l'on pouvait faire remonter cette amélioration à février 2011, suite à l'introduction, en janvier 2011, d'un nouveau traitement, dont l'assurée avait rapporté l'effet bénéfique (diminution des cauchemars, amenuisement des illusions). La chambre de céans constate que le rapport d'examen du Dr V _____ se fonde sur une anamnèse détaillée, un examen clinique de la recourante et qu'il tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier. Par ailleurs, ses conclusions quant à l'amélioration de l'état psychique de la recourante apparaissent d'autant plus convaincantes que c'est ce même expert qui avait déjà examiné l'assurée en 2009 et avait alors conclu à un état dépressif sévère. Qui plus est, la qualification d'état dépressif de gravité moyenne a été confirmée par la suite par l'expertise du CEMed, dont on peut considérer qu'elle remplit également tous les réquisits jurisprudentiels en matière de valeur probante. A la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, il n'apparaît pas que les experts du CEMed auraient ignoré des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels. Leur appréciation ne diverge de celle du psychiatre traitant que quant au degré de gravité de l'atteinte psychique, dont il vient d'être relevé qu'il a été corroboré par un expert ayant examiné l'assurée tant en 2009 qu'en 2011. Partant, l'avis divergent du psychiatre traitant concernant la capacité de travail de la recourante n'est pas de nature à mettre sérieusement en doute l'analyse des experts du CEMed. De même, sur le plan physique, les multiples médecins qui se sont prononcés sont unanimes - à l'exception du médecin traitant - pour reconnaître qu'il n'existe aucune atteinte objective permettant d'expliquer la symptomatologie douloureuse et les plaintes de l'assurée en dehors de quelques troubles dégénératifs lombaires entraînant des limitations fonctionnelles mineures. Dans la mesure où le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été retenu, il convient d'examiner, à l'aune de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, s'il peut se voir reconnaître un caractère invalidant. En effet, la nouvelle jurisprudence s'applique aux affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement (ATF 108 V 3). A cet égard, on relèvera que l'argument de l'intimé selon lequel le trouble dépressif ne constitue en principe pas une comorbidité psychiatrique grave et durable n'est plus pertinent. d. Si, dans son arrêt, le Tribunal fédéral a notamment abandonné la présomption du caractère surmontable d'une fibromyalgie, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance lorsque les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable. Or, en l'espèce, les médecins et experts font

état de nombreux constats allant dans le sens d'une exagération. En effet, ils sont nombreux à avoir mis en évidence une discordance entre l'intensité extrême des plaintes de l'assurée et leurs constatations objectives (présence, par exemple, de tous les signes de non-organicité). S'y ajoute le fait, pour le moins troublant, que la recourante, malgré l'intensité des plaintes alléguées, n'ait recours qu'à une médication antalgique au demeurant assez faible et qu'elle ne prenne pas correctement son traitement psychotrope, ainsi que l'ont révélé les analyses du CEMed. L'ensemble de ces éléments justifie d'admettre l'existence de motifs d'exclusion au sens de l'ATF 141 V 281 et de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance. Quant à l'agoraphobie, on relèvera que le Dr V _____, même lors de son premier examen, excluait déjà toute répercussion en termes d'incapacité de travail. Il convient donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la recourante souffre de fibromyalgie, de lombalgies communes et d'un trouble psychique de gravité moyenne, atteintes qui n'entraînent aucune limitation physique ou psychique au sens de l'assurance-invalidité. Par conséquent, c'est à juste titre que l'intimé lui a nié le droit à des prestations. Avant de réduire ou de supprimer une rente d'invalidité, l'administration doit examiner s'il est nécessaire de mettre préalablement en œuvre des mesures de réadaptation au sens de la loi. La jurisprudence considère qu'il existe des situations dans lesquelles il convient d'admettre que des mesures d'ordre professionnel sont nécessaires, malgré l'existence d'une capacité de travail médico-théorique. Il s'agit des cas dans lesquels la réduction ou la suppression du droit à la rente concerne une personne assurée âgée de 55 ans révolus - ce qui n'est pas le cas de la recourante - ou qui a bénéficié d'une rente pendant quinze ans au moins - ce qui est en revanche son cas. Cependant, cela ne signifie pas encore que la personne assurée peut se prévaloir d'un droit acquis dans le cadre d'une procédure de révision ou de reconsidération; il est seulement admis qu'une réadaptation par soi-même ne peut, sauf exception, être exigée d'elle en raison de son âge ou de la durée du versement de la rente (arrêt 9C_228/2010 du 26 avril 2011 consid. 3.3 et 3.5, in SVR 2011 IV n° 73 p. 220; voir également arrêt 9C_254/2011 du 15 novembre 2011 consid. 7). Or, en l'espèce, l'assurée n'a jamais cherché à reprendre une activité, même lorsqu'une capacité de travail résiduelle de travail lui a été reconnue et qu'elle ne bénéficiait que d'un quart de rente. Dans ce contexte, on peut considérer que l'office AI n'était pas tenu de proposer de mesures de réadaptation avant de supprimer la rente d'invalidité en raison de la conviction affichée de la recourante qu'elle est dans l'incapacité d'exercer la moindre activité et en conséquence non disposée à se soumettre à de telles mesures. Compte tenu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Bien que la procédure ne soit pas gratuite en matière d'assurance-invalidité (art. 69 al. 1 bis LAI), il convient de renoncer à la perception d'un émolument, la recourante étant au bénéfice de l'assistance juridique (art. 12 al. 1 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]).

PAR CES MOTIFS, LA CHAMBRE DES ASSURANCES SOCIALES : Statuant À la forme : 1. Déclare le recours recevable. 2. Au fond : 2. Le rejette. 3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante. 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 SÉCHAUD 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

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