

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1273/2014

ATAS/142/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 25 février 2015

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à THONEX, représentée par
ASSUAS Association suisse des assurés

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DORDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née le _____ 1969, divorcée, mère de deux garçons nés respectivement le _____ 1990 et le _____ 1995, a effectué ses écoles primaire et secondaire au Portugal. Arrivée en Suisse en 1987, elle a travaillé en intérimaire dans une maison de parfums, puis comme vendeuse à 100% depuis juillet 1991.
2. L'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) en date du 12 mai 1997. Elle était en incapacité de travail depuis le 5 octobre 1995, souffrant d'un état dépressif et d'une fibromyalgie.
3. L'OAI a requis divers renseignements médicaux auprès des médecins traitants de l'assurée :
 - le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie, a diagnostiqué un état dépressif chronique, des lombalgies chroniques sur troubles statiques dorso-lombaires, une périarthropathie chronique des épaules, un syndrome fibromyalgie et attesté d'une incapacité de travail de 100% depuis le 14 février 1996 (cf. rapport du 23 juin 1997).
 - le 4 septembre 1998, le Dr B_____ a indiqué que l'assurée pourrait travailler à 50 % dans un travail léger, évitant les mouvements répétitifs des épaules ou le pot de charges (cf. également rapport du 22 juin 1999).
 - dans un rapport du 7 octobre 1998, le docteur C_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a diagnostiqué un état dépressif en voie de guérison, sans se prononcer sur la capacité de travail. Le 27 août 1999, il a précisé que l'état dépressif était guéri et que la capacité de travail était de 100%.
4. Le docteur D_____, médecin-conseil de l'office cantonal de l'emploi, a indiqué en date du 17 septembre 1998 qu'à son avis, la capacité de travail de l'assurée était de 50 % dès le 1^{er} août 1998, de façon définitive.
5. Le 12 juillet 2001, l'assurée a été victime d'un accident de circulation alors qu'elle était en vacances au Portugal, avec fractures des vertèbres D1 à D4 et du radius distal gauche, ainsi que plusieurs lésions cutanées du membre supérieur gauche, du cuir chevelu et du genou gauche. Durant l'hospitalisation de dix-sept jours au Portugal, une intervention a été pratiquée sur le poignet gauche (fracture multi-fragmentaire ostéosynthésée par plaque vissée).
6. L'OAI a sollicité l'apport du dossier de la SUVA, assureur-accidents :
 - de nombreux rapports radiologiques figurent au dossier (IRM cervicale et de la charnière cervico-occipitale, radiographies du poignet gauche, tomodensitométrie axiale, etc.), notamment un rapport IRM du genou gauche du 3 septembre 2001 mettant en évidence une rupture partielle du ligament

quadricipital et une désinsertion partielle de la corne postérieure du ménisque interne ;

- le docteur E_____, spécialiste FMH en chirurgie, médecin d'arrondissement, a constaté dans son rapport d'examen du 17 décembre 2001 que l'état de santé, à plus de trois mois d'une décortication et ostéosynthèse, n'était pas stabilisé et que l'incapacité de travail totale était justifiée ;
 - dans un compte-rendu opératoire du 10 mars 2002, le docteur F_____, chirurgien orthopédique, a diagnostiqué des corps étrangers (débris de verre) face dorsale main gauche. Il a procédé le 7 mars 2002, à une AMO de la plaque radius gauche (suite à l'intervention pratiquée le 15 novembre 2011) et le docteur G_____, spécialiste FMH chirurgie plastique, chirurgie de la main, a procédé à l'ablation de toute une série de débris de verre situés à l'avant-bras et au niveau du poignet gauche ;
 - le 18 juin 2002, le Dr F_____ a attesté que l'état de santé de l'assurée n'était pas stabilisé, qu'une intervention chirurgicale concernant les séquelles de l'accident n'était pas à exclure et que l'incapacité de travail restait de 100%.
7. L'OAI a mis sur pied une expertise auprès de la policlinique médicale universitaire (ci-après PMU), de Lausanne. L'assurée a été examinée par les experts en date des 4 et 6 décembre 2001. Selon le rapport d'expertise du 24 mai 2002, les experts de la PMU ont diagnostiqué - avec influence essentielle sur la capacité de travail - un syndrome douloureux somatoforme persistant sous forme d'une atteinte fibromyalgique, un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, des douleurs suite à des fractures D1 à D4 multiples, une fracture du radius distal gauche et une cervico-occipitalgie suite à l'accident de juillet 2001. Les médecins ont conclu que l'incapacité de travail était totale depuis décembre 1995, moment du premier épisode dépressif ; toutefois, au moment de l'expertise, une capacité de travail résiduelle de l'ordre de 60% pouvait être prise en compte, en tenant compte de quelques limitations psychiques, dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles. Le travail de vendeuse leur semblait adapté pour autant que les exigences de rendement ne soient pas très élevées.
8. Par décision du 1^{er} juillet 2002, la SUVA, se fondant sur l'examen médical de son médecin d'arrondissement du 30 mai 2002, a considéré que dans le cadre du chômage, l'assurée pouvait exercer une activité adaptée à raison de 20 heures par semaine. Suite à l'opposition de l'assurée, la SUVA a, par courrier du 7 novembre 2002, annulé sa décision et repris le versement des indemnités journalières.
9. Dans un rapport du 17 juillet 2002, le Professeur H_____, spécialiste FMH en chirurgie orthopédique, professeur associé à la clinique Bois-Cerf, clinique du dos à Lausanne, expliquait qu'un an après son accident, l'assurée continue de se plaindre d'importantes douleurs chroniques dans la partie crâniale du rachis dorsal. Afin d'évaluer la nécessité d'un traitement chirurgical, des infiltrations des facettes

articulaires ainsi que des structure ligamenteuses étaient indiquées : L'incapacité de travail restait à 100 %.

10. Le Prof. H_____, a établi un rapport à l'attention de la SUVA en date du 6 février 2003. Dans son appréciation du cas, il a expliqué qu'en juillet 2001 la patiente avait subi une fracture des corps vertébraux de D3 et D4 qui avaient consolidé dans un cercle vicieux avec une cyphose post-traumatique angulaire de 31° objectivée sur les radiographies. Cette situation semblait être associée à d'importantes douleurs dans la région dorsale haute qui empêchaient la patiente d'exercer ses activités habituelles, aussi sur le plan physique que sur le plan professionnel. En relation avec la fibromyalgie préexistante, il était relativement difficile de juger si les fractures du dos et la déformation étaient effectivement la cause de tous ces symptômes, mais ceci semblait bien être le cas, vu que la patiente ne se plaignait pas de douleurs dorsales avant son accident. Au niveau de D3, il existait une diminution du mur antérieur d'environ 50% et une diminution du mur postérieur d'environ 20%. Les infiltrations pratiquées n'avaient montré aucune amélioration de la symptomatologie, de sorte que le Prof. H_____ n'avait pas retenu d'indication chirurgicale.
11. Lors de l'examen du 17 mars 2003, le docteur E_____, médecin d'arrondissement de la SUVA, a relevé que les troubles psychogènes n'étaient pas en relation de causalité avec l'accident. Il y avait persistance de douleurs dorsales et une réduction modérée de la mobilité du poignet. L'état pouvait être considéré comme stabilisé. La patiente ne peut plus porter des charges moyennes à lourdes, faire des mouvements répétés de rotation du thorax, de flexion antérieure du tronc. Dans le cadre d'une activité adaptée, une capacité de travail serait possible à plein temps et à plein rendement.
12. A l'issue de l'instruction, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité du 1^{er} février 1997 au 31 juillet 1997, d'une demi-rente du 1^{er} août 1997 au 31 mars 1998, d'une rente entière du 1^{er} avril 1998 au 31 juillet 1998, d'une demi-rente du 1^{er} août 1998 au 30 septembre 1999, d'une rente entière du 1^{er} octobre 1999 au 28 février 2000, d'une demi-rente du 1^{er} mars 2000 au 31 décembre 2001, d'un quart de rente du 1^{er} janvier 2002 au 30 juin 2003 (cf. décisions AI du 25 novembre 2003). Enfin, par décision du 6 janvier 2004, l'assurée a été mise au bénéfice d'un quart de rente dès le 1^{er} janvier 2004.
13. Suite aux oppositions formées par l'assurée, l'OAI a finalement admis un degré d'invalidité de 100% jusqu'à fin février 2000, puis de 50% dès le 1^{er} mars 2000, puis à nouveau un degré d'invalidité de 100% dès l'accident du 12 juillet 2001 avec octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} octobre 2001 (cf. décision sur opposition du 18 juin 2004, décisions AI du 3 septembre 2004 entrées en force).
14. L'OAI a ouvert une procédure de révision en date du 20 février 2006. Dans le questionnaire pour la révision de la rente, l'assurée a indiqué que son état de santé était toujours le même et qu'elle était suivie par le docteur F_____.

15. Dans un rapport médical intermédiaire du 12 juin 2006, le docteur F_____, a indiqué que l'état de santé de la patiente était stationnaire, qu'un retour au travail à un taux de 25 à 50% ne pouvait être exclu, mais qu'il n'était pas très optimiste.
16. De son côté, la SUVA, par décision du 16 janvier 2007, a constaté que les investigations sur le plan médical et économique mettaient en évidence une diminution de la capacité de gain de 100 %, mais a réduit la rente d'invalidité de 50 %, en raison du fait que les troubles maladiques existants avant l'accident et pour lesquels un degré d'invalidité de 50 % avait déjà été reconnu par l'assurance-invalidité au moment de l'accident jouaient un rôle comme facteur aggravant. Une indemnité pour atteinte à l'intégrité de 20 % a été en outre allouée à l'assurée.
17. L'OAI a confié une expertise interdisciplinaire à la clinique Corela. L'assurée a fait l'objet d'une consultation de psychiatrie et de l'appareil locomoteur et les experts ont procédé à un consilium en date du 5 octobre 2007. Dans leur rapport d'expertise du 18 janvier 2008, les experts ont retenu au titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail un status post fracture des première, troisième et quatrième vertèbres thoraciques en date du 12 juillet 2001, associé à des lésions séquellaires au niveau des troisième et quatrième vertèbres thoraciques conduisant à une cyphose locale de 30° et à une scoliose sus-jacente cervico-thoracique courte. Les autres diagnostics, à savoir la fibromyalgie ainsi qu'un trouble dépressif récurrent en rémission, étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Les experts ont relevé sur le plan psychiatrique que l'assurée avait présenté un épisode dépressif dans le contexte de difficultés conjugales et un second épisode dépressif suite au décès de son père. Elle a suivi des traitements psychiatriques qui ont permis une évolution favorable de son trouble dépressif et l'examen psychiatrique réalisé le jour de l'expertise interdisciplinaire a permis d'exclure la présence de toute pathologie psychiatrique invalidante. L'expert psychiatre n'a pas retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant, car les douleurs chroniques de l'assurée étaient explicables sur le plan somatique. Suite à la discussion interdisciplinaire, les experts ont retenu plusieurs limitations fonctionnelles compte tenu de la pathologie rachidienne de l'investiguée et estimé à 50% sa capacité de travail résiduelle dans son ancien emploi de vendeuse. Les limitations fonctionnelles à mettre en rapport avec la pathologie rachidienne étaient les suivantes : pas de port de charges supérieures à 5 kg, pas de travaux pénibles de manutention, pas de position statique prolongée, pas de mouvements de contrainte répétitifs du rachis thoracique, en particulier des mouvements de rotation ou de flexion antérieurs, pas de positions statiques de longue durée accroupie ou à genoux, pas de déplacements fréquents ou de longs trajets en terrain irrégulier et pas de travaux en hauteur ou sur une échelle. D'un point de vue locomoteur, l'évolution était jugée défavorable par les experts. En effet, une décompensation des lésions vertébrales thoraciques était à craindre. En respectant les limitations fonctionnelles énoncées, la capacité de travail dans l'activité de vendeuse pouvait être réalisée à 50%, soit 4 heures par jour, à condition d'être réparties de façon

harmonieuse dans la journée et dans la semaine. Néanmoins, même dans ce cadre, il se surajoutait une diminution de rendement d'environ 20%, due à la persistance de la symptomatologie rachidienne douloureuse et à la nécessité de pauses régulières. Sur le plan psychiatrique, une réadaptation était tout à fait possible et même souhaitable, mais d'un point de vue locomoteur il était difficile d'envisager des mesures de réadaptation professionnelle adéquates dans le cadre des lésions rachidiennes. Les experts ajoutaient que sur le plan psychique l'assurée devait être soutenue pour résoudre ses difficultés et ne pas se démotiver et que la réadaptation devrait éviter les métiers trop stressants qui pourraient la déstabiliser. Du point de vue locomoteur, il était impossible d'améliorer la capacité de travail dans le poste occupé jusqu'à présent et, d'un point de vue psychiatrique, il était recommandé la poursuite d'un suivi au long court au vu de la fragilité de l'assurée. Un soutien médicamenteux pourrait être proposé parallèlement à une stratégie de reconditionnement. A l'issue de leur discussion interdisciplinaire, les experts ont considéré que dans une activité adaptée qui tient compte des limitations fonctionnelles, la capacité de travail résiduelle de l'expertisée était de 70%, horaire et rendement confondus, pour des raisons ostéo-articulaires.

18. L'OAI a octroyé à l'assurée une mesure d'observation professionnelle aux Établissements publics pour l'intégration (ci-après EPI) pour la période du 27 octobre 2008 au 9 novembre 2008. Le rapport d'observation du 10 novembre 2008 conclut que l'assurée est motivée et apte au reclassement professionnel dans des activités légères, non sédentaires et permettant de mettre en valeur ses compétences relationnelles.
19. L'OAI a pris en charge un stage d'orientation professionnelle aux EPI pour la période du 6 avril 2010 au 27 juin 2010. Dans leur rapport du 2 juillet 2010, les EPI ont relevé que l'assurée était en arrêt maladie depuis le 9 juin et que le stage comme ouvrière au conditionnement avait été trop court pour qu'ils puissent en tirer des conclusions. L'assurée a produit un certificat d'arrêt de travail dès le 9 juin 2010.
20. Le 1^{er} décembre 2010, l'OAI a pris en charge un stage de réentraînement au travail aux EPI du 6 décembre 2010 au 13 mars 2011.
21. Le Dr F_____ a établi un rapport médical à l'attention de l'OAI en date du 10 décembre 2010 indiquant qu'il n'y avait pas de changement dans les diagnostics, que l'état de santé ne s'était pas amélioré et que l'assurée était à l'AI à 100%. Concernant une reprise de travail possible, le médecin a relevé que les EPI ont estimé qu'une activité légère était compatible, mais que la patiente n'a plus eu de nouvelles.
22. Dans leur rapport du 2 mars 2011, les EPI relèvent que l'assurée a commencé le réentraînement le 6 décembre à mi-temps, puis à 60% et qu'à compter du 7 janvier 2011, elle était en arrêt maladie pour une durée indéterminée.
23. Dans un rapport du 2 mars 2011 à l'attention de l'OAI, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé de l'assurée était resté stationnaire et que le pronostic était incertain.

Il a mentionné que depuis deux ans la patiente note une augmentation des symptômes et que son état de santé ne s'était pas amélioré. S'agissant des limitations fonctionnelles, le port de la tête entraîne des cervicodorsalgies hautes. Dans ses remarques, le médecin traitant indique qu'à son avis, une activité adaptée dans la vente ou la réception à 50% devrait être possible.

24. Le docteur B_____, spécialiste FMH en médecine interne, rhumatologie, a indiqué dans son rapport médical intermédiaire du 3 novembre 2011 que l'état de santé de l'assurée s'était aggravé depuis l'accident de 2001 et précisé que l'incapacité de travail était totale dans toute activité.
25. Afin de pouvoir se déterminer sur l'existence d'une aggravation de l'état de santé de l'assurée et d'un changement d'exigibilité, le SMR a proposé la mise en œuvre d'une expertise rhumatologique auprès du Dr I_____.

Dans son rapport d'expertise du 21 février 2012, le docteur I_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine physique et réhabilitation, pathologie du sport, a relevé que l'assurée décrit une aggravation de sa symptomatologie progressivement depuis environ cinq ans, se manifestant par une augmentation progressive des douleurs cervicodorsales avec difficultés à tenir sa tête de façon prolongée. Sur le plan ostéo-articulaire, elle se plaint principalement de douleurs cervico-dorsales, de douleurs ostéo-articulaires diffuses ainsi que d'un état de fatigue important. Concernant les examens radiologiques, l'expert, qui a fait effectuer radiographie de la colonne dorsale de profil en date du 8 février 2012, relève que l'angle de Cobb s'est aggravé comparativement à janvier 2011, en ce sens qu'il était mesuré à 52° en janvier 2011 et qu'en février 2012 il est de 58°. L'expert a retenu comme diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail des dorsalgies hautes sur hypercyphose dorsale d'origine post-traumatique en relation avec des fractures tassements dorsales multiples (D1 à D4). Le syndrome fibromyalgique est quant à lui sans répercussion sur la capacité de travail. Concernant les douleurs ostéo-articulaires diffuses, l'expert relève que l'impact sur la capacité de travail de ce syndrome douloureux dépend sur le plan asséurologique de la présence d'une comorbidité psychiatrique et de l'évaluation des ressources intra-psychiques de l'expertisée. Dès lors, dans ce domaine, l'appréciation de la capacité de travail relève essentiellement de l'avis d'un expert psychiatre. Le Dr I_____ note que lors de la dernière appréciation psychiatrique de fin 2007, le médecin-expert de la clinique Corela n'avait pas retenu un caractère invalidant à ce syndrome fibromyalgique.

Concernant les douleurs dorsales, l'assurée décrit une aggravation depuis cinq ans des douleurs cervico-dorsales, aggravées par l'effort et principalement dans les positions où la tête est penchée en avant. L'imagerie montre un phénomène évolutif, puisque en 2003 on décrit une déformation cyphotique d'environ 30° et que sur un cliché de la colonne dorsale haute du 14 janvier 2011 on constate une aggravation de la cyphose avec des mesures angulaires cyphotiques de 45°. Des nouvelles radiographies de la colonne dorsale haute effectuées le 24 février 2012

semblent également montrer une légère progression de la cyphose dorsale depuis les derniers clichés effectués une année auparavant. Dès lors, il faut retenir une aggravation progressive des troubles statiques dorsaux supérieurs séquellaires à l'ancien traumatisme. Toutefois dans l'ensemble, il reste difficile de savoir si ces déformations post-traumatiques sont la cause unique des douleurs présentées par l'expertisée et s'il existe une participation d'autres facteurs, telle que la fibromyalgie. Déjà en 2002 le docteur H_____, chirurgien orthopédiste, s'était posé la question. Il avait effectué différentes infiltrations sous scopies au niveau des vertèbres dorsales sans aucune amélioration de la symptomatologie.

Concernant la capacité de travail, l'expert pense que l'assurée garde une capacité de travail résiduelle d'environ 50% dans une activité adaptée, en se fondant sur l'anamnèse et l'observation. L'expert relève que l'assurée décrit des douleurs supportables le matin et qui augmentent surtout l'après-midi, l'obligeant à s'allonger à plusieurs reprises. Dès lors on peut penser qu'une activité professionnelle le matin est possible, d'autant plus qu'elle décrit durant la matinée des activités de la vie quotidienne soutenues. Deuxièmement, durant l'entretien, l'expertisée est restée une heure et demie assise sans manifester des douleurs et sans se lever. Ensuite, l'examen clinique relève une bonne mobilité cervicale avec des douleurs modérées cervico-dorsales. De même, les stages d'observation des EPI avaient constaté des bonnes capacités professionnelles avec une capacité retenue comme entière avec des rendements de 80% dans une activité adaptée. Dès lors, l'expert estime qu'une activité professionnelle à 50%, soit quatre heures le matin, reste actuellement possible. Il rejoint en ceci l'évaluation du Dr F_____ qui estime que la patiente peut travailler à 50% dans une activité adaptée. Concernant l'appréciation du Dr B_____, l'expert relève que ce dernier a retenu une incapacité de travail de 100% se basant sur une appréciation plus globale, tenant compte également des facteurs psychologiques. Il justifie une aggravation de l'état de santé sur la base d'une progression modérée de la cyphose dorsale haute alors que le tableau clinique s'est peu modifié. L'expert pense qu'une image radiologique ne peut servir dans ce cas d'élément déterminant pour justifier une aggravation de l'état de santé. A contrario, l'augmentation progressive de la cyphose dorsale haute peut représenter un facteur d'aggravation dans les années à venir. Pour l'expert, il lui semble que l'élément principal sur le plan fonctionnel est d'éviter les positions statiques ou répétitives, la tête penchée en avant pouvant provoquer des contraintes douloureuses dans la région dorsale haute. Dans ses remarques, l'expert relève que bien que la situation médicale actuelle semble stationnaire il faut noter que les différents contrôles radiologiques montrent une évolution progressive de l'angle cyphotique dorsal supérieur. On peut dans un futur proche assister à une péjoration de cette symptomatologie en raison de l'évolution des troubles statiques et dégénératifs associés. Le risque majeur reste une répercussion possible sur la moelle épinière. Un contrôle par IRM peut s'avérer utile afin d'exclure une atteinte débutante des structures nerveuses centrales.

26. Suivant l'avis du SMR du 23 avril 2012, l'OAI a ordonné une expertise psychiatrique. Le docteur J_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a expertisé l'assurée en date du 6 septembre 2012. Dans son rapport du 10 septembre 2012, l'expert a diagnostiqué une dysthymie, sans répercussion sur la capacité de travail. Dans son appréciation du cas, l'expert relève que sur le plan psychiatrique, depuis le rapport d'expertise de la clinique Corela du 25 janvier 2008, le tableau symptomatique est stable de sorte qu'il n'y a pas lieu d'envisager des modifications de l'appréciation psychiatrique depuis ladite expertise. L'examen clinique n'a pas montré de signes de dépression majeure, de décompensation psychotique, d'anxiété généralisée incapacitante, de syndrome douloureux somatoforme persistant, ni de limitations fonctionnelles psychiatriques. Cet examen est strictement superposable à celui retranscrit dans le rapport d'expertise de la clinique Corela, date à partir de laquelle il considère que l'assurée est indemne de symptomatologie psychiatrique incapacitante. Dès lors, depuis le 25 janvier 2008, la capacité de travail sur le plan psychiatrique est de 100%, dans l'activité habituelle et dans une activité adaptée.
27. Dans un avis du 9 octobre 2012, le SMR a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était effectivement amélioré sur le plan psychique, alors que la situation est stationnaire au niveau du rachis.
28. Dans un rapport médical intermédiaire du 20 novembre 2013, le Dr F_____ a indiqué que l'état de santé s'était modifié en ce sens que la patiente présentait des dorsalgies hautes permanentes, qu'elle devait s'allonger toutes les heures et après une activité. L'aggravation était progressive et la patiente présentait des limitations fonctionnelles lors de la flexion-extension de la tête. Selon le médecin traitant, l'incapacité de travail était de 100% depuis l'accident de 2001, la patiente avait une rente AI depuis 1997 et une reprise de travail n'était pas possible actuellement.
29. Dans son avis du 12 décembre 2013, le SMR a considéré que le médecin traitant ne fournissait aucun argument médical probant permettant de retenir une éventuelle aggravation et a persisté dans ses précédentes conclusions du 9 octobre 2012.
30. Le 11 décembre 2013, l'OAI a communiqué à l'assurée un projet de réduction de la rente d'invalidité, considérant que son état de santé s'était amélioré sur le plan psychiatrique et que sa capacité de travail était de 50% dans une activité adaptée. Après comparaison des gains, le degré d'invalidité s'élevait à 55%, justifiant la réduction de la rente entière à une demi-rente d'invalidité.
31. Par l'intermédiaire de son mandataire, l'assurée a contesté ce projet par courrier du 27 janvier 2014 et a produit copie d'une radio du calcaneum gauche de profil et en axiale effectuée le 30 juillet 2013.
32. Par décision du 21 mars 2014 notifiée à l'assurée, l'OAI a réduit la rente entière d'invalidité à une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2014, en se référant aux expertises des Drs I_____ et J_____.

33. Par acte du 6 mai 2014, l'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours, relevant à titre préalable que l'intimé avait omis de notifier la décision à son mandataire, nonobstant l'élection de domicile. Elle conteste le fait que son état de santé se soit amélioré, relevant en substance que la symptomatologie douloureuse qui se manifestait par des cervico-dorsalgies hautes s'est aggravée, que la radiographie de la colonne pratiquée en janvier 2011 montre une aggravation de l'angle de Cob qui a passé de 36 degrés en 2003 à 45 degrés en 2011 et que les mesures professionnelles mises en place par l'OAI n'ont pas pu être menées à terme puisqu'elle se sentait incapable de travailler. Elle considère que les conclusions du Dr I_____ ne sont pas probantes, qu'il a minimisé ses problèmes ou a pris pour des mensonges les troubles qu'elle présentait. Elle produit un rapport médical de la doctoresse K_____ du 27 janvier 2014 aux termes duquel elle présente un trouble de l'adaptation avec humeur dépressive chronique et malgré le traitement par antidépresseurs et la psychothérapie de soutien, sa souffrance est notable. De même, le Dr B_____ confirme dans son rapport du 6 mai 2014 une aggravation des rachialgies ce qui a motivé des examens radiologiques complémentaires réguliers depuis 2007 montrant une progression de la cyphose-scoliose et expliquant la symptomatologie douloureuse persistante. Le travail de vendeuse même à temps partiel n'est pas possible. La recourante présente des lombalgies secondaires à des discopathies étagées et une arthrose postérieure. Enfin, depuis 2013, elle souffre de talalgies secondaires à des épines calcanéennes qui viennent encore se greffer aux autres problèmes de santé. Elle conclut à l'annulation de la décision et au maintien de sa rente entière d'invalidité.
34. Dans sa réponse du 5 juin 2014, l'intimé relève préalablement que la recourante n'a subi aucun préjudice du fait de l'irrégularité de la notification de la décision qu'elle a remise à son mandataire le 9 avril 2014. Sur le fond, il se réfère aux conclusions de l'expertise pluridisciplinaire effectuée à la clinique Corela le 24 janvier 2008, qui a pleine valeur probante. L'intimé conclut au rejet du recours.
35. Le 2 juillet 2014, la recourante produit un rapport du 27 juin 2014 de la doctoresse L_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, attestant suivre la patiente depuis le 12 mai 2013. Selon ce psychiatre, la recourante présente un état dépressif sévère sans symptôme psychotique, récurrent, sous traitement médical de Fluoxétine. Malgré le changement d'antidépresseur (arrêt du Cipralax et introduction du Cymbalta) et la psychothérapie intensive, l'état dépressif s'est aggravé. Les limitations psychiques sont au niveau de la concentration, du manque d'élan vital et de l'impossibilité d'investir une quelconque activité, énorme fatigue qui rend chaque acte lourd, voire impossible et complètement vidé de sens. La capacité de travail est nulle, dans n'importe quelle activité. Il résulte ainsi que son état de santé ne s'est nullement amélioré sur le plan psychique, contrairement à ce que le Dr J_____ soutient.
36. Le 15 juillet 2014, l'intimé considère que le rapport de la Dresse L_____ n'apporte aucun élément médical objectif permettant d'écarter les conclusions de l'expert.

37. Le 22 août 2014, la recourante a communiqué un rapport médical établi en date du 20 août 2014 par la Dresse K_____, psychiatre traitant, qui la suit régulièrement depuis 1999, la Dresse L_____ assurant le volet pharmacologique du suivi. En raison d'une péjoration de sa santé depuis plusieurs mois sous forme d'épisode dépressif sévère, elle l'a adressée à la Dresse L_____. La psychiatre atteste que la capacité de travail est nulle.
38. Par écriture du 15 septembre 2014, l'intimé persiste dans ses conclusions.
39. Après communication de cette écriture à la recourante, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

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

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

2. La décision de l'intimé, datée du 21 mars 2013 et notifiée directement à l'assurée, a été reçue par celle-ci le 27 mars 2014. Compte tenu de la suspension du délai de recours du 7^{ème} jour avant au 7^{ème} jour après Pâques inclusivement, soit du 13 au 27 avril 2014 (cf. art. 38 al. 4 let. a LPGA), le recours interjeté le 6 mai 2014 est recevable (art. 56 ss LPGA). L'irrégularité de la notification n'a entraîné ainsi aucun préjudice pour la recourante.

La chambre de céans relève encore que la décision querellée comporte une autre irrégularité, lorsqu'elle fait référence en page 3 à « *Madame M_____* » (sic). Nonobstant cette erreur grossière sur la personne, la recourante ne subit aucune préjudice, dès lors que l'ensemble du dossier médical la concerne effectivement.

3. L'objet du litige consiste à déterminer si l'intimé est fondé à réduire, par voie de révision, la rente entière de la recourante à une demi-rente d'invalidité.
4. a) Selon l'art. 17 al. 1 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification

sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 371 consid. 2b; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 559/02 du 31 janvier 2003 consid. 3.2 et les références). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 406/05 du 13 juillet 2006 consid. 4.1). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

b) Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGA, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGA (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. L'art. 88a al. 1 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI, RS 831.201) précise notamment que si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux habituels d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès que l'on peut s'attendre à ce que l'amélioration constatée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre.

En vertu de l'art. 88bis al. 2 RAI, la diminution ou la suppression de la rente prend effet, au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision (let. a), ou rétroactivement à la date où elle a cessé de correspondre aux droits de l'assuré, s'il se l'est fait attribuer irrégulièrement ou s'il a manqué, à un moment donné, à l'obligation de renseigner qui lui incombe raisonnablement selon l'art. 77.

5. En l'espèce, il convient de comparer les faits existant au moment de la décision litigieuse avec ceux qui prévalaient au moment des dernières décisions du 3 septembre 2004, entrées en force. En effet, les décisions précitées ont été rendues à la suite des oppositions formées par la recourante. Dans ce cadre et après instruction du cas, l'intimé a fixé le degré d'invalidité à 100 % et alloué une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} octobre 2001, suite à l'accident du 12 juillet 2001.

Par conséquent, il convient d'examiner si, depuis le 3 septembre 2004, l'invalidité de la recourante s'est modifiée de façon notable, dans une mesure justifiant la réduction de la rente entière à une demi-rente d'invalidité.

6. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

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).

7. a) En l'espèce, les avis médicaux des médecins traitants et ceux des experts ne sont pas totalement concordants. Selon le Dr F_____, l'état de santé de sa patiente était stationnaire en 2006 et un retour au travail à 25 ou 50 % ne pouvait être exclu, mais il n'était pas très optimiste. En 2010, il a indiqué que l'état de santé ne s'était pas amélioré et en 2011, il mentionnait que l'état de santé était stationnaire, que le pronostic était incertain, la patiente notant depuis deux ans une aggravation des symptômes. Une activité adaptée à 50 % devrait être possible. Quant au Dr B_____, il indiquait le 3 novembre 2011 que l'état de santé de sa patiente s'était aggravé depuis l'accident et que l'incapacité de travail était totale. Enfin, en novembre 2013, le Dr F_____ fait état d'une aggravation progressive de l'état de santé, la patiente présentant des dorsalgies hautes permanentes.

b) Concernant les expertises, la chambre de céans relève que selon le rapport d'expertise interdisciplinaire de la clinique Corela du 18 janvier 2008, les médecins notent que sur le plan somatique, la patiente a subi un traumatisme rachidien majeur, caractérisé par l'association d'une fracture-tassement de D3 et d'un recul du mur postérieur allant jusqu'à l'appui sur le fourreau durement. La lésion des apophyses articulaires de D3 restait instable. Il était noté la présence d'une angulation postérieure au niveau du couple D3-D4 et une cyphose locale de 30° associée à une scoliose sus-jacente. Selon les experts, les examens d'imagerie complémentaires, y compris l'examen radiologique pan-rachidien réalisé le jour de l'expertise (5 octobre 2007), confirmaient le diagnostic de gravité et expliquaient la symptomatologie douloureuse décrite par la patiente. Cela étant, les experts ne mentionnaient nulle part que l'état de santé de la recourante s'était amélioré sur le plan somatique ; au contraire, du point de vue locomoteur, les experts relevaient que le pronostic de l'évolution était défavorable et qu'une décompensation des lésions vertébrales était à craindre. En revanche, du point de vue psychiatrique, l'état de santé s'était amélioré, dans la mesure où l'évolution a été favorable sous traitement et que le trouble dépressif récurrent était en rémission. L'expert psychiatre n'a pas retenu le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, car les douleurs chroniques étaient explicables sur le plan somatique. Il n'était pas retenu d'incapacité de travail sur le plan psychiatrique, mais néanmoins, un suivi à long terme était recommandé au vu de la fragilité de l'assurée. En définitive, les experts de la clinique Corela ont considéré que la capacité de travail résiduelle était de 70% dans une activité adaptée pour des raisons ostéo-articulaires, alors que les experts de la PMU retenaient dans leur rapport d'expertise du 24 mai 2002 une capacité de travail résiduelle de 60% dans une activité adaptée, en tenant compte de quelques limitations psychiques. Or, en l'absence d'amélioration sur le plan somatique et d'explication quant au fait que la capacité de travail se serait améliorée, force est de constater que cette appréciation de la capacité de travail résiduelle par les experts de la clinique Corela procède en réalité d'une nouvelle appréciation du cas, ce qui n'est pas autorisé dans le cadre d'une révision.

L'expert I_____, mandaté ultérieurement, a relevé une aggravation de l'angle de Cob entre 2011 et 2012 et une aggravation de la cyphose dorsale haute, objectivées par l'imagerie et les examens radiologiques. Dans son rapport du 21 février 2012, il estime toutefois que la capacité de travail résiduelle devrait être de 50% dans une activité adaptée. Il note cependant une évolution progressive de la cyphose dorsale haute, ajoutant qu'on peut dans un futur proche assister à une péjoration de cette symptomatologie en raison de l'évolution des troubles statiques et dégénératifs associés. Le risque majeur reste une répercussion possible sur la moelle épinière. L'expert a par ailleurs retenu comme diagnostic sans répercussion sur la capacité de travail un syndrome fibromyalgique : or, ce diagnostic n'a pas été relevé par les experts de la clinique Corela, dès lors que les douleurs chroniques de la recourante étaient explicables sur le plan somatique par la gravité des lésions subies lors de l'accident de 2001. Enfin, la chambre de céans relève que l'expert - qui fonde son

appréciation de la capacité de travail sur l'observation et l'anamnèse -, indique que l'état est resté stationnaire ces dernières années (réponse B.2.6. de son rapport, page 16), alors qu'il note une aggravation progressive des troubles statiques de la colonne dorsale avec évolution du handicap douloureux, qu'il a noté sur le plan clinique une aggravation de la cyphose dorsale et de l'angle de Cobb et qu'il fait état d'une péjoration dans un futur proche. Ces éléments sont de nature à jeter le doute quant à la valeur probante de l'expertise.

L'expert-psychiatre J_____ a diagnostiqué une dysthymie, sans effet sur la capacité de travail qui est totale depuis le 25 janvier 2008. Ainsi, au moment de l'expertise de 2012, l'état de santé s'était amélioré sur le plan psychiatrique.

c) Cela étant, postérieurement aux expertises sus-mentionnées, la chambre de céans constate que non seulement les médecins traitants font état d'une aggravation sur le plan somatique comme c'était à craindre, mais aussi sur le plan psychiatrique. En effet, selon la Dresse L_____, une nouvelle aggravation des troubles psychiatriques est notée depuis plusieurs mois, la patiente présentant un épisode dépressif sévère qui ne répondait plus au traitement antidépresseur habituel, raison pour laquelle elle l'a adressée à la Dresse K_____ (cf. rapport du 20 août 2014). A l'examen clinique du 12 mai 2014, la Dresse K_____ a noté un état dépressif clair, épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques et conclu à une incapacité de travail totale. Au regard de la fragilité psychique de la recourante, dûment relevée par l'expert de la clinique Corela en 2008, une telle péjoration n'apparaît pas surprenante.

A cela s'ajoute que les stages d'observation et de réentraînement aux EPI se sont soldés par un échec, la recourante ayant dû interrompre les mesures pour des raisons médicales.

8. L'intimé soutient que les divers rapports médicaux postérieurs aux expertises de 2008 et 2012 ne permettent pas de remettre en cause les conclusions des experts.

Tel n'est pas l'avis de la chambre de céans. En effet, non seulement les experts qui se sont prononcés il y a plus de six, respectivement quatre ans avant la décision prise par l'intimé, n'avaient relevé aucune amélioration de l'état de santé sur le plan somatique en 2008 et 2012, mais ils avaient au contraire fait état d'une aggravation objectivée par les examens radiologiques et d'une péjoration dans un futur proche. Or, la péjoration a été confirmée par les médecins traitants. Quant à l'appréciation de la capacité de travail résiduelle sur le plan somatique, les experts avaient procédé en réalité à une nouvelle appréciation du cas (voir supra).

Enfin, sur le plan psychiatrique, s'il y a eu une amélioration de l'état de santé, force est de constater que depuis le début de l'année 2014, une nouvelle péjoration est confirmée par deux médecins psychiatres.

9. Au vu de ce qui précède, la chambre de céans considère qu'au moment de la décision querellée, les conditions d'une révision de la rente n'étaient pas remplies. Partant, c'est à tort que l'intimé a réduit la rente d'invalidité de la recourante.

10. Bien fondé, le recours est admis.
11. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens fixée en l'espèce à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art 6 DU règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA - E 5 10.03).
12. Au vu du sort du litige, un émolument de CHF 800.- est mis à la charge de l'intimé (art. 69al. 1 bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet et annule la décision du 21 mars 2014, dans le sens des considérants.
3. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de CHF 800.- à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDÉ

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