

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/1784/2015

ATAS/484/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt incident du 29 juin 2015

5^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÊNE-BOURG, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître MEYER Daniel

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Maya CRAMER, Présidente

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1956, est divorcée à deux reprises et mère d'un enfant né le _____ 1990. Après avoir travaillé dans la vente et comme employée de bureau, elle a travaillé en dernier lieu comme commise de gendarmerie. A partir de novembre 2002, elle était engagée à un taux de 25%.
2. Par décision du 4 novembre 2003, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) l'a mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité et d'une demi-rente complémentaire pour enfant à compter du mois d'août 2000 en raison de lombosciatalgies persistantes après cure d'hernie discale en août 1999. Le taux d'invalidité retenu était de 57%.
3. Le 19 novembre 2009, l'assurée a subi une discectomie et une spondylodèse C5-C6 et C6-C7.
4. Selon le certificat du 8 mars 2010 du docteur B_____, généraliste FMH, l'état de santé de l'assuré s'est péjoré depuis octobre 2009 et sa capacité de travail est nulle dès cette date.
5. Le médecin conseil de l'office du personnel de l'Etat a attesté le 14 avril 2010 que l'assurée était en arrêt de travail pour son taux d'occupation de 25 %. Elle présentait plusieurs problèmes de santé dont l'évolution peu favorable ne laissait pas envisager une reprise du travail à court ou moyen terme.
6. Le 21 septembre 2010, le médecin-conseil de l'office du personnel de l'Etat a attesté que les troubles de santé de l'assurée restaient très importants malgré tous les soins qui lui étaient prodigués. Le pronostic à moyen et long terme pour une reprise de l'activité professionnelle restait sombre et le médecin-conseil écartait cette possibilité. Il lui conseillait de faire une demande de révision de sa rente, afin que celle-ci soit augmentée.
7. Dans son rapport du 11 janvier 2011, le docteur C_____ a constaté une amélioration de la symptomatologie irradiant dans le bras suite à l'opération au niveau cervical en octobre 2009. Il y avait par contre une stabilisation voire discrète aggravation de sa douleur axiale à caractère mécanique. Selon ce médecin, il était important pour la santé mentale de l'assurée de poursuivre son activité professionnelle à raison de deux heures par jour.
8. Le docteur D_____, psychiatre FMH, a certifié le 14 mars 2011 que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier auprès de Madame E_____, psychologue FSP, et de lui-même depuis septembre 2010 pour un épisode dépressif majeur récurrent, d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques. Il s'agissait du deuxième épisode dépressif d'intensité sévère de l'assurée. Auparavant, elle avait présenté un épisode dépressif moyen en 1999, suite à des douleurs ayant nécessité une intervention chirurgicale pour une hernie discale lombaire, et un épisode dépressif d'intensité sévère en 2000, suite à la séparation de son époux qui l'avait quittée du jour au lendemain. Elle souffrait de tristesse,

anhédonie, fatigue, troubles du sommeil et de l'appétit, troubles de la concentration, culpabilité, crises d'angoisses sévères et idées de mort passives. Malgré une diminution des idées de mort passives et de l'anhédonie, son état psychique restait actuellement préoccupant et sa capacité de travail était nulle depuis septembre 2010, essentiellement en raison de troubles de la concentration et d'une tristesse intense.

9. Le 26 septembre 2011, le Dr D_____ a attesté un troisième épisode dépressif d'intensité sévère (en 2000 et 2010 les précédents) et de deux épisodes dépressifs moyens en 1999 et en janvier 2011. La compliance de l'assurée était bonne tant pour les séances psychothérapeutiques hebdomadaires que pour le traitement antidépresseur, lequel avait été récemment changé. En l'absence de réponse clinique rapidement favorable, il faudrait envisager une hospitalisation. L'incapacité de travail était totale.
10. Le 30 octobre 2011, le Dr B_____ a certifié que l'assurée présentait des lombalgies irradiant dans les fesses, parfois dans les jambes à la marche. Il s'agissait de douleurs sous forme de brûlures et de lancées. Ces lombalgies s'étaient réactivées depuis un an. A cela s'ajoutait des douleurs à l'épaule gauche avec une diminution de la force et de la mobilité suite à une capsulite rétractile. Elle présentait aussi des douleurs permanentes à la nuque avec paresthésie des troisième et quatrième doigts à gauche. De ce fait, ses activités s'étaient considérablement réduites. Elle ne pouvait notamment plus passer l'aspirateur ni faire la lessive ni le repassage ni porter des charges. Elle marchait lentement, environ une demi-heure par jour, et devait se reposer trois fois une heure par jour. Sa capacité de travail était ainsi nulle.
11. Le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et physique, ainsi que réhabilitation, a posé, dans son rapport du 25 juin 2012, le diagnostic d'arthrose trapézo-métacarpienne modérée bilatérale douloureuse. Dans l'anamnèse, il a relevé que les douleurs avaient débuté subitement un matin au réveil à la base des pouces, puis s'étaient manifestées aux poignets, aux coudes et aux épaules avec une intensité estimée à 7/10. Il n'y avait pas d'élément pour une maladie rhumatismale inflammatoire.
12. Selon le rapport du 6 décembre 2012 relatif à une échographie de l'épaule droite et une infiltration en date du 5 décembre 2012, il n'y avait pas de différence à l'imagerie par rapport à l'examen effectué le 22 août 2012, dans lequel seule une tendinose avec une inflammation bursale avait été objectivée. Il n'y avait pas de signe de déchirure des tendons de la coiffe.
13. Le 17 juin 2013, le médecin-conseil de l'Etat a attesté que l'état de santé de l'assurée paraissait définitivement incompatible avec toute reprise d'activité professionnelle.

14. Dans son certificat médical du 22 juillet 2013, le Dr B_____ a confirmé les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail précédente. Il a ajouté que l'assurée avait besoin d'une aide de ménage une fois par semaine.
15. Le 14 novembre 2013, le docteur G_____, psychiatre FMH, a certifié que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier hebdomadaire pour des épisodes dépressifs majeurs récurrents, d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques. Il s'agissait actuellement du quatrième épisode dépressif d'intensité sévère, selon l'anamnèse alors qu'elle avait eu au moins une dizaine d'épisodes dépressifs moyens et légers. Elle souffrait de troubles de la concentration, tristesse, anhédonie, fatigue, troubles du sommeil et de l'appétit, culpabilité, crises d'angoisses sévères et idées de mort fluctuantes, dans le contexte d'un isolement affectif et social. Malgré des améliorations ponctuelles, les symptômes dépressifs résiduels avaient persisté et des rechutes dépressives s'étaient produites en dépit d'un traitement antidépresseur bien conduit avec une bonne compliance médicamenteuse et des séances de psychothérapie hebdomadaires.
16. Par courrier du 10 décembre 2013, les rapports de service de l'assurée ont été résiliés par l'Etat avec effet au 31 mars 2014.
17. Après que l'OAI a refusé, par décision du 20 janvier 2011, d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée formée le 15 octobre 2010, celle-ci a demandé à nouveau la révision de son droit à la rente par courrier du 30 janvier 2014, en se prévalant d'une aggravation de son état sur le plan rhumatologique et psychiatrique et en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Ce faisant, elle s'est fondée sur les certificats et rapports médicaux de ses médecins traitants.
18. Le 19 février 2014, le Dr D_____ a certifié une incapacité de travail totale en raison d'épisodes dépressifs récurrents sévères. Les troubles de la concentration, les idées suicidaires, l'aboulie, l'isolement affectif et social, le ralentissement psychomoteur rendaient impossible l'exercice d'une activité simple.
19. Dans son rapport du 24 février 2014, la doctoresse H_____, généraliste FMH, a également attesté une incapacité de travail totale depuis fin 2009.
20. Dans son rapport non daté, mais reçu le 9 mai 2014, le Dr G_____ a confirmé ses rapports précédents.
21. Le 4 août 2014, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR). Selon les docteurs I_____ et J_____, spécialistes FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, et K_____, psychiatre FMH, l'assurée présentait les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de hernie discale L4-L5, opérée par discectomie le 16 août 1999, avec aréflexie achilléenne gauche et anesthésie S1 séquellaires, et des discopathies C5-C6 et C6-C7 opérées par discectomie et spondylodèse le 19 novembre 2009. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de

travail, ils ont cité une rhizarthrose bilatérale, une chondropathie rotulienne, un trouble panique et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Sur le plan ostéo-articulaire, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, comme celle de secrétaire, dès le 1^{er} juin 2010, soit à six mois de l'intervention chirurgicale cervicale. Il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychique. Les limitations fonctionnelles au niveau ostéo-articulaire concernaient le port de charges supérieures à 10 kg, les positions en porte-à-faux, les rotations du tronc répétées et les travaux avec les bras au-dessus de la tête. Dans l'anamnèse, il est relevé que l'assurée ne se plaignait pas de douleurs ou de problèmes ostéo-articulaires, puisqu'elle prenait des antalgiques. Les douleurs aux pouces étaient apparues sans facteur déclenchant dans le courant de 2010. Actuellement, l'assurée ne s'en plaignait pas, puisque tous les travaux ménagers étaient effectués par une aide ou par sa fille. Depuis plusieurs années, elle n'avait plus de lombalgies et ne gardait qu'un trouble sensitif du cinquième orteil à gauche. Quant aux cervicalgies, elles avaient totalement disparues après l'intervention chirurgicale dans le courant 2009. Dans l'anamnèse, il est indiqué que l'enfance et l'adolescence étaient sans particularité. Dans le cadre de problèmes conjugaux avec son premier mari, elle avait pris une dose massive de médicaments dans le but de dormir et avait subi un lavage d'estomac. Après son divorce en 1981, elle avait vécu une période heureuse et s'était remariée en 1988. Son mari l'avait quittée subitement en avril 2000, ce qui avait provoqué un épisode dépressif. Grâce à un traitement médicamenteux et par psychothérapie, elle se sentait mieux. Jusqu'en 2010, elle n'avait plus eu de troubles psychiques. Après l'intervention au niveau cervical, elle avait développé des angoisses et des troubles paniques. Les crises de ces troubles étaient fluctuantes, parfois deux crises par semaine, parfois cinq jours sans crises. Au niveau psychiatrique, l'assurée a déclaré ne pas se sentir bien, qu'elle dormait mal, se réveillait dans la nuit, avait peur de la mort et de perdre sa fille, ressentait une tristesse fluctuante. Les troubles paniques allaient un peu mieux. Quant à la vie sociale, elle avait un entretien téléphonique quotidien avec sa fille et, deux fois par semaine, l'équipe de l'IMAD venait faire le ménage et le repassage. Durant la matinée, elle ne faisait rien et, dans l'après-midi, s'adonnait à la lecture, aimant en particulier des revues consacrées aux animaux. Elle sortait un peu et avait une amie qui habitait près de chez elle qu'elle considérait comme une sœur. Celle-ci lui faisait ses courses avec sa fille. Dans la soirée, l'assurée contemplait sur son balcon les arbres et la nature. A l'examen clinique, elle ne présentait pas de troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, ni de troubles du cours de la pensée. La thymie fluctuait entre la normalité et un léger abaissement. La fatigue alléguée n'était pas non plus observable durant l'examen. La concentration et l'attention étaient bonnes et constantes. Elle exprimait le plaisir à lire des revues sur des animaux, à déguster des plats préparés par sa fille et sa mère et à recevoir les visites de sa meilleure amie. Le dossier médical donnait par ailleurs des renseignements contradictoires au sujet des troubles dépressifs de l'assurée, notamment le nombre d'épisodes dépressifs n'était pas claire. Il y avait aussi une contradiction entre les

Drs D_____ et G_____ au sujet de la médication. Ainsi, le dossier médical ne permettait pas d'apprécier la gravité de cette symptomatologie dépressive, en l'absence d'une description clinique et chronologique suffisamment détaillée.

22. Selon l'avis médical du 27 janvier 2015 du docteur L_____ du SMR, l'examen SMR était convainquant, de sorte qu'il y a lieu de suivre ses conclusions.
23. Le 30 janvier 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de supprimer sa demi-rente.
24. Par courrier du 16 février 2015, le Dr D_____ a fait savoir à l'OAI qu'il n'y avait pas de contradiction entre ses rapports et ceux du Dr G_____. L'assurée avait présenté une quinzaine d'épisodes dépressifs en tout (légers, moyens et sévères), certains réactionnels à des événements extérieurs et d'autres pas. Quant aux épisodes dépressifs sévères, ils étaient en nombre de cinq : en 2000, de mars à juillet 2011 (dans un contexte d'isolement affectif et social, mais sans facteur déclenchant), de septembre 2011 à mars 2012 (sans facteur déclenchant), d'août à décembre 2013 (suite au fait que sa fille avait commencé à vivre en ménage avec son ami) et de février à mai 2014 (sans facteur déclenchant). Ces épisodes dépressifs sévères avaient engendré des incapacités de travail totales en raison des limitations fonctionnelles significatives. Il y avait également cinq épisodes dépressifs moyens : en 1998/1999 (suite à des douleurs physiques), de janvier à février 2011, d'avril à juillet 2012, de novembre 2012 à février 2013 et de juin à juillet 2014. Ces épisodes avaient aussi engendré des incapacités de travail totales, même si les limitations fonctionnelles avaient été présentes dans une moindre mesure. Des épisodes dépressifs légers faisaient généralement suite aux autres épisodes dépressifs moyens ou sévères ou les avaient précédés. Plusieurs traitements antidépresseurs avaient été essayés depuis environ cinq ans et des changements entre la Sertraline et la Venlafaxine avaient eu lieu à plusieurs reprises. Plusieurs entretiens d'expertise auraient probablement été nécessaires pour clarifier la situation, ou une demande au psychiatre traitant pour décrire la chronologie de l'évolution des épisodes dépressifs. Au demeurant, le Dr D_____ n'était pas en mesure de dire si, au moment de l'examen SMR en août 2014, l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen ou léger. Cependant, en lisant les symptômes décrits par l'expert, il arrivait, sur l'échelle Hamilton dépression, à un score de 18-19, ce qui correspondait à un épisode dépressif moyen. Il était également curieux de retenir un épisode dépressif léger depuis 2010, sans évolution dans le sens d'une dysthymie ou d'une rémission partielle, voire d'une aggravation à certains moments. Le Dr D_____ a aussi mis en doute la neutralité de l'expert. L'assurée ne cherchait pas de bénéfice secondaire. Il existait par contre des bénéfices primaires, compte tenu de l'aggravation thymique nette au moment où sa fille a déménagé pour habiter avec son compagnon, l'assurée se sentant alors abandonnée, dans un contexte d'isolement affectif et social, n'ayant qu'une seule amie. Quant à la lecture de magazines avec des animaux, il fallait préciser que ses psychiatres avaient convenu avec sa fille de lui apporter des revues sur la nature et

les animaux, à défaut de pouvoir faire des sorties dans la nature dans les phases d'épisodes dépressifs sévères. En tout état de cause, durant ces périodes, la lecture n'avait pas été possible. Quant à la journée type décrite dans l'examen SMR, cette journée n'avait pas été immuable de septembre 2010 jusqu'à présent. Ce n'est que grâce à une restructuration cognitive intensive suite à une thérapie cognitivo-comportementale, que l'assurée pouvait se tenir sur son balcon. Auparavant, ses idées de défenestration récurrentes durant les épisodes dépressifs sévères l'en avaient empêchée, si bien que la possibilité de déménager au rez-de-chaussée avait été envisagée. Ainsi, il y avait lieu de confirmer le diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents. Actuellement, la situation n'était pas stabilisée, l'assurée ayant présenté une nouvelle rechute dépressive sévère en octobre 2014. Dans ce contexte, il semblait important de réévaluer sa situation, en tenant compte de l'évolution temporelle de son histoire clinique.

25. Par courrier du 5 mars 2015, l'assurée s'est opposée au projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Elle a mis en exergue que l'activité de commis administratif, soit de secrétaire, sollicitait de manière importante les membres supérieurs, le tronc et les mains, plus particulièrement les phalanges. Il en allait de même pour les épaules et le rachis. Ainsi, l'appréciation des médecins du SMR quant à une totale capacité de travail ne saurait être suivie. Par ailleurs, le Dr D_____ avait démontré les carences de l'examen SMR sur le plan psychiatrique. Il était en outre nécessaire de déterminer le taux d'incapacité domestique. En effet, l'assurée devait faire appel, en sus de l'aide quotidienne apportée par sa fille, au service de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) à raison de 1h50 par semaine pour les travaux de nettoyage. Ainsi, elle requérait une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire.
26. Dans un avis médical du 20 avril 2015, le Dr L_____ du SMR a déclaré ne pas être convaincu par le courrier du Dr D_____ quant à une éventuelle erreur d'appréciation de la situation psychiatrique, de sorte qu'il y avait lieu de se tenir aux conclusions précédentes.
27. Par décision du 22 avril 2015, l'OAI a supprimé la demi-rente de l'assurée avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision et a retiré l'effet suspensif au recours contre cette décision.
28. Par acte du 26 mai 2015, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 30 janvier 2014, sous suite de dépens. Préalablement, elle a conclu à la restitution de l'effet suspensif au recours et, subsidiairement, à ce qu'une expertise multidisciplinaire soit ordonnée. Concernant la restitution de l'effet suspensif, elle a fait valoir que les chances de succès du recours étaient manifestes, dès lors que l'intimé ne pouvait considérer, sur la base de l'examen SMR, que son état de santé serait en rémission totale depuis 2011. Du point de vue psychiatrique, sa situation se situait aux antipodes des constatations de

l'examen psychiatrique du SMR. Par ailleurs, le dossier médical démontrait une nette aggravation de son état de santé depuis 2009 du point de vue rhumatologique, au point que le médecin-conseil du service de santé du personnel de l'Etat avait considéré que son état de santé était définitivement incompatible avec la reprise d'une activité professionnelle. Il apparaissait ainsi clairement que les conclusions du SMR étaient arbitraires. Partant, l'intérêt de la recourante à conserver la rente d'invalidité jusqu'à droit jugé sur la demande de majoration de rente l'emportait largement sur la suppression immédiate de la rente. Cela lui causerait en effet un préjudice considérable, cette rente constituant son seul moyen de subsistance. Sur le fond, la recourante s'est fondée sur les avis médicaux de ses médecins traitants pour se prévaloir d'une aggravation de son état de santé. Il n'y avait aucun élément pour retenir une quelconque amélioration. A cet égard, elle s'est déclarée surprise qu'elle n'aurait formulé aucune plainte au niveau du rachis, des épaules et autres articulations, dans le cadre de l'examen par le SMR. Les constatations des médecins du SMR étaient en outre en contradiction avec celles des médecins traitants. Il était notamment surprenant que, selon les médecins du SMR, la rhizarthrose n'eût aucune répercussion sur la capacité de travail. Les discopathies au niveau cervical ayant nécessité une intervention chirurgicale témoignaient également d'une aggravation de son état de santé. Par ailleurs, le syndrome douloureux chronique au niveau du rachis cervico-lombaire persistait à ce jour et restait invalidant. Elle a rappelé à cet égard devoir continuer à prendre un lourd traitement antalgique, combiné à des séances d'infiltration à base de cortisone. Les atteintes au niveau des cervicales et lombaires, du rachis, des épaules et des pouces étaient manifestement inconciliables avec l'activité de secrétaire, ces parties du corps étant constamment sollicitées dans un tel travail, ce qui était confirmé par le médecin-conseil de l'Etat. Au vu des remarques du Dr D_____, il s'avérait que l'examen du SMR n'avait aucune valeur probante. La recourante a en outre répété qu'il fallait mettre en œuvre une enquête ménagère, tout en précisant que c'était en raison des limitations fonctionnelles résultant à l'origine d'un contexte d'hernie discale qu'elle n'avait pas pu conserver un poste à 100 %. Elle ne bénéficiait ainsi pas d'un taux d'activité réduit par pure convenance personnelle. La réalisation d'une enquête ménagère aurait permis de confirmer qu'elle présentait également une incapacité ménagère importante, si bien que l'essentiel des tâches ménagères avait dû être transféré à l'IMAD et à son entourage proche.

29. A l'appui de son recours, la recourante a produit l'attestation du 5 mai 2015 du Dr G_____, certifiant qu'elle souffrait actuellement d'un nouvel épisode dépressif récurrent sévère, évoluant d'une façon stationnaire, malgré un traitement intensif depuis octobre 2014. Elle présentait des troubles de la concentration, une tristesse, une anhédonie, une fatigue, des troubles du sommeil et de l'appétit, une culpabilité, des crises d'angoisses avec des idées de mort fluctuantes, dans le contexte d'un isolement affectif et social. La capacité de travail était nulle depuis septembre 2010, malgré les améliorations ponctuelles, dès lors que les symptômes dépressifs résiduels avaient persisté et que des rechutes dépressives avaient eu lieu malgré un

traitement antidépresseur bien conduit, avec une bonne compliance médicamenteuse et des séances de psychothérapie hebdomadaires.

30. La recourante a également produit le certificat médical du 6 mai 2015 de la Dresse H_____ selon lequel son état de santé était resté stationnaire depuis octobre et ne s'était pas amélioré, de sorte qu'elle ne pouvait reprendre une activité professionnelle. Elle souffrait toujours de douleurs chroniques, actuellement supportables grâce à un traitement antalgique en continue et une prise en charge multidisciplinaire. Elle présentait en effet des lombalgies irradiant dans les fesses et parfois jusque dans les jambes lors de la marche, ainsi que de douleurs séquellaires consécutives à une hernie discale L4-L5 opérée en 1999, douleurs qui, malgré plusieurs infiltrations locales, avaient persisté et étaient invalidantes dans son quotidien. A cela s'ajoutaient des douleurs cervicales chroniques, probablement dans un contexte de trouble dégénératif de la colonne vertébrale avec des contractures douloureuses évoluant par poussée. Ces douleurs irradiaient vers les deux omoplates, avec une prédominance du côté gauche, associé parfois à des paresthésies des troisième et quatrième doigts de la main gauche. Elles s'inscrivaient à la suite d'une intervention au niveau cervicale en 2009. L'assurée avait également des douleurs au niveau des deux épaules, avec une capsulite rétractile à gauche en 2009 qui avait duré environ deux ans, suivie d'une tendinite avec bursite de l'épaule droite qui avait nécessité une infiltration par cortisone en 2012. Ces douleurs permanentes la limitaient pour certaines activités du quotidien. L'arthrose trapézo-métacarpienne bilatérale au niveau des deux pouces engendrait des douleurs depuis 2012 et avait nécessité une infiltration du côté droit en juillet 2013. Le pouce gauche était actuellement douloureux, avec un ressaut, et devra probablement être opérée selon l'évolution. Toutes ces douleurs continuaient à limiter la recourante dans les activités du quotidien. Ce n'était qu'au prix d'un traitement antalgique régulier avec une prise en charge multidisciplinaire, notamment par un psychiatre avec un travail individuel et en groupe, et avec un accompagnement à domicile par l'IMAD et son entourage, que la recourante arrivait à assumer les activités de vie quotidienne et à faire face aux douleurs. Ainsi, sa capacité de travail restait nulle.
31. Le 9 juin 2015, l'intimé s'est déterminé sur la restitution de l'effet suspensif et a conclu au rejet de cette requête. Les chances de succès sur le fond ne paraissaient pas évidentes à première vue, de sorte que l'intérêt de l'administration à l'exécution immédiate de la décision l'emportait sur celui de l'assurée à percevoir une rente entière durant la procédure, en raison du risque important que la recourante ne pût rembourser les prestations versées à tort.

EN DROIT

1. a) Selon l'art. 54 al. 1 let. c LPGA, les décisions et les décisions sur opposition sont exécutoires lorsque l'effet suspensif attribué à une opposition ou à un recours a été retiré.

La LPGA ne contient pas de dispositions propres sur l'effet suspensif. Selon l'art. 55 al. 1 LPGA, les points de procédure qui ne sont pas réglés de manière exhaustive aux art. 27 à 54 LPGA ou par les dispositions des lois spéciales sont régis par la loi fédérale du 20 décembre 1968 sur la procédure administrative (PA; RS 172.021). Selon l'art. 1 al. 3 PA, l'art. 55 al. 2 et 4 PA, concernant le retrait de l'effet suspensif, s'applique à la procédure devant les autorités cantonales de dernière instance qui ne statuent pas définitivement en vertu du droit public fédéral. Est réservé l'art. 97 LAVS relatif au retrait de l'effet suspensif pour les recours formés contre les décisions des caisses de compensation. Aux termes de l'art. 97 LAVS, applicable par analogie à l'assurance-invalidité en vertu de l'art. 66 LAI (dispositions applicables en l'espèce, dans leur nouvelle teneur en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2003), la caisse de compensation peut, dans sa décision, prévoir qu'un recours éventuel n'aura pas d'effet suspensif, même si la décision porte sur une prestation pécuniaire; au surplus, l'art. 55 al. 2 à 4 PA est applicable.

D'après la jurisprudence relative à l'art. 55 al. 1 PA, à laquelle l'entrée en vigueur de la LPGA et de l'ordonnance sur la partie générale du droit des assurances sociales du 11 septembre 2002 (OPGA - RS 830.11) n'a rien changé (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 46/04 du 24 février 2004), la possibilité de retirer l'effet suspensif au recours n'est pas subordonnée à la condition qu'il existe, dans le cas particulier, des circonstances tout à fait exceptionnelles qui justifient cette mesure. Il incombe bien plutôt à l'autorité appelée à statuer, en application de l'art. 55 PA, d'examiner si les motifs qui parlent en faveur de l'exécution immédiate de la décision l'emportent sur ceux qui peuvent être invoqués à l'appui de la solution contraire. L'autorité dispose sur ce point d'une certaine liberté d'appréciation. En général, elle se fondera sur l'état de fait tel qu'il résulte du dossier, sans effectuer de longues investigations supplémentaires. En procédant à la pesée des intérêts en présence, les prévisions sur l'issue du litige au fond peuvent également être prises en considération; il faut cependant qu'elles ne fassent aucun doute. Par ailleurs, l'autorité ne saurait retirer l'effet suspensif au recours lorsqu'elle n'a pas de raisons convaincantes pour le faire (ATF 124 V 88 consid. 6a, 117 V 191 consid. 2b et les références; ATFA du 19 septembre 2006, I 439/06).

b) Dans le contexte de la révision du droit à la rente, l'intérêt de la personne assurée à pouvoir continuer à bénéficier de la rente qu'elle percevait jusqu'alors n'est pas d'une importance décisive, tant qu'il n'y a pas lieu d'admettre que, selon toute vraisemblance, elle l'emportera dans la cause principale. Ne saurait à cet égard constituer un élément déterminant la situation matérielle difficile dans laquelle se trouve la personne assurée depuis la diminution du montant de sa rente d'invalidité. En pareilles circonstances, l'intérêt de l'administration apparaît généralement

prépondérant, puisque dans l'hypothèse où l'effet suspensif serait accordé et le recours serait finalement rejeté, l'intérêt de l'administration à ne pas verser des prestations paraît l'emporter sur celui de la personne assurée, il serait effectivement à craindre qu'une éventuelle procédure en restitution des prestations versées à tort ne se révèle infructueuse (ATF 119 V 503 consid. 4 p. 507 et les références; voir également arrêt I 267/98 du 22 octobre 1998, in VSI 2000 p. 184). Dans ce contexte, la jurisprudence a également précisé que le retrait de l'effet suspensif survenant dans le cadre de la suppression ou de la diminution d'une rente décidée par voie de révision devait également couvrir la période d'instruction complémentaire prescrite par renvoi de l'autorité de recours jusqu'à la notification de la nouvelle décision, sous réserve d'une éventuelle ouverture anticipée potentiellement abusive de la procédure de révision (ATF 129 V 370 et 106 V 18; voir également arrêt 8C_451/2010 du 10 novembre 2010 consid. 2 à 4, in SVR 2011 IV n° 33 p. 96).

2. En l'occurrence, s'agissant des prévisions sur l'issue du litige, elles ne présentent pas un degré de certitude suffisant pour qu'elles soient prises en considération, même s'il peut paraître a priori surprenant qu'une rente soit supprimée suite à une demande de révision de l'assurée tendant à une augmentation de la rente, sur la base d'une aggravation attestée par plusieurs médecins.

En effet, l'avis des médecins du SMR, sur la base d'un examen approfondi, diverge de ceux des médecins traitants. Il n'apparaît pas non plus que les premiers n'auraient pas eu connaissance de certains éléments médicaux dont auraient fait état les médecins traitants, de sorte que leur connaissance du dossier médical aurait été incomplète. Sur la base de l'examen du SMR, il ne peut être d'emblée exclu que les lombosciatalgies, lesquelles ont justifié l'octroi d'une demi-rente, se soient améliorées. Certes, d'autres pathologies ont apparu et sont éventuellement propres à fonder le droit au maintien de la rente, voire à l'octroi d'une rente entière, en dépit de l'éventuelle amélioration des lombosciatalgies. Cependant, la réponse à ces questions nécessitera une instruction complémentaire.

Ainsi, l'intérêt de l'intimé à supprimer, même à titre provisoire, ses prestations l'emporte sur celui de la recourante à percevoir une demi-rente d'invalidité durant la durée de la procédure. Le retrait de l'effet suspensif est par conséquent justifié.

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

Statuant sur incident

1. Rejette la requête tendant à la restitution de l'effet suspensif.
2. Réserve la suite de la procédure.
3. 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

Diana ZIERI

Maya CRAMER

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