

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3148/2014

ATAS/54/2016

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 27 janvier 2016

4^{ème} Chambre

En la cause

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

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Juliana BALDÉ, Présidente; Rosa GAMBA et Larissa ROBINSON-MOSER ,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), d'origine portugaise et née le _____ 1961, a été employée en dernier lieu par l'établissement médico-social La B_____ en qualité de lingère-repasseuse.
2. Elle a déposé une première demande de prestations d'invalidité auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après l'OAI), en date du 8 mars 1999.
3. En raison d'une obésité morbide avec un indice de masse corporelle (BMI) de $62,3 \text{ kg/m}^2$ (135 kg pour une taille de 152 cm) pour laquelle la recourante s'est fait poser le 2 février 1999 un by-pass gastrique, d'un syndrome d'apnée du sommeil, de lombalgies chroniques et d'un syndrome du tunnel carpien bilatéral, l'OAI a constaté que l'assurée était totalement incapable de travailler à partir du 13 janvier 1998 pour une durée indéterminée, de sorte qu'il lui a octroyé une rente entière d'invalidité à compter du 1^{er} janvier 1999 par décision du 15 octobre 1999.
4. Suite à une première procédure de révision initiée le 15 décembre 2000, par communication du 14 mars 2001, l'OAI a informé l'assurée que son degré d'invalidité ne s'était pas modifié au point d'influencer son droit à la rente qui était maintenue inchangée.
5. En raison d'une perte de poids jugée insuffisante, l'assurée a subi le 5 mai 2004 un raccourcissement de l'anse absorbative de l'intestin grêle.
6. Une deuxième procédure de révision a été ouverte en date du 28 mai 2004. Dans le questionnaire de révision, l'assurée a noté que son état de santé était resté inchangé. L'OAI a recueilli des renseignements auprès des docteurs C_____ et D_____ de la clinique de Jolimont. Dans un rapport du 2 juin 2004, ces médecins ont attesté que l'évolution clinique était favorable, avec en particulier un bon contrôle au niveau de l'antalgie qui permettait de diminuer la médication, et que le transit s'effectuait sans difficulté.
7. Le professeur E_____ et le docteur F_____, médecins à la clinique et polyclinique de chirurgie viscérale des hôpitaux universitaires de Genève (HUG), ont indiqué dans un rapport intermédiaire du 10 août 2004 que les diagnostics étaient inchangés et que l'état de santé de la recourante était stationnaire avec un BMI pré-opératoire de $50,2 \text{ kg/m}^2$. Selon eux, une reprise de l'activité professionnelle pourrait être envisagée dès que la perte pondérale permettrait une activité physique suffisante.
8. Dans un rapport du 22 juin 2004, la doctresse G_____, généraliste FMH, a mentionné que l'état de santé de la recourante s'était amélioré depuis environ une année et qu'une reprise du travail dans la profession de repasseuse ou dans une activité adaptée serait possible à 50%.
9. Dans un avis du 10 juin 2005, le service médical régional de l'assurance-invalidité (ci-après SMR) a observé que l'assurée ne souffrait pas d'apnée du sommeil, ni de troubles d'ordre psychique, que son état rhumatologique ne semblait pas être

invalidant et que son poids était stable. Toutefois, afin de déterminer objectivement s'il existait une invalidité, il y avait lieu de convoquer l'assurée pour un examen rhumatologique et en médecine interne au SMR.

10. Le docteur H_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie ainsi que médecin SMR, a procédé à un examen rhumatologique de l'assurée. Dans son rapport du 13 juillet 2005, il a diagnostiqué avec répercussion sur la capacité de travail des rachialgies dans le cadre de troubles statiques du rachis, une périarthrite de hanche bilatérale et des gonalgies bilatérales avec syndrome rotulien droit. Parmi les atteintes sans répercussion sur la capacité de travail, il a retenu des douleurs du pied gauche dans le cadre de troubles statiques des pieds, une obésité et un status quatre mois après rectopexie. Au status, il a constaté que l'assurée n'avait pas d'idées suicidaires, mais était un peu déprimée par les douleurs. Cliniquement, il a relevé de discrets troubles de la statique du rachis et des pieds, des signes de périarthrite de la hanche des deux côtés ainsi qu'un syndrome rotulien droit. Le poids se situait à 101 kg pour 150 cm, soit un BMI de 46 kg/m². Dans son appréciation du cas, il a relevé que l'assurée présentait des douleurs multiples prédominant à la région cervicale et lombaire, aux hanches, aux genoux, aux mains et au pied gauche. Elle se plaignait surtout de douleurs coccygiennes et rectales. L'assurée avait perdu ses radiographies ostéoarticulaires dans le train et bien que le Dr H_____ lui avait demandé de les rechercher ou du moins de lui transmettre les rapports radiologiques, elle ne l'avait pas fait. Entre janvier 1998 et octobre 2004, la recourante avait présenté une incapacité totale de travail et depuis novembre 2004, sa capacité de travail était de 70% dans l'activité de lingère-repasseuse et de 100% dans une activité adaptée. Selon le Dr H_____, ses conclusions s'éloignaient de celles qui avaient conduit à l'octroi d'une rente d'invalidité entière, probablement en raison de l'amélioration des douleurs faisant suite à la deuxième intervention intestinale. Selon le médecin SMR, l'amélioration remontait à novembre 2004. Une prochaine intervention (cystopexie et hystéropexie avec ablation de kystes ovariens) conduirait à une incapacité de travail momentanée d'un à deux mois.
11. Par décision du 1^{er} septembre 2005, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de la recourante, au motif que son degré d'invalidité, fixé à 1,2%, était insuffisant pour maintenir son droit à la rente.
12. L'assurée s'est opposée à cette décision par acte du 30 septembre 2005, alléguant qu'elle était dans l'incapacité totale de travailler. En effet, elle subissait d'énormes moments de fatigue car son organisme ne fabriquait plus de fer ainsi que des crises douloureuses journalières au niveau de l'intestin qui provoquaient une immense fatigue. Elle devait également aller aux toilettes tous les quarts d'heure.
13. Après avoir recueilli des renseignements médicaux auprès des docteurs E_____, G_____ et I_____, spécialiste FMH en cardiologie interventionnelle, l'OAI a mandaté les HUG pour une expertise gynécologique. Dans son rapport du 25 janvier 2007, la doctoresse J_____, médecin-adjointe au département de

gynécologie et d'obstétrique des HUG, a indiqué que la recourante présentait une récurrence de cystocèle et une dyspareunie profonde, troubles ne contre-indiquant pas à eux seuls une activité professionnelle.

14. Sur avis du SMR, l'OAI a mandaté le docteur K_____, spécialiste FMH en médecine interne, pour expertise. Dans son rapport d'expertise du 7 septembre 2007, le Dr K_____ a diagnostiqué, avec répercussion sur la capacité de travail, une périarthrite de hanche bilatérale, des rachialgies non spécifiques et des gonalgies bilatérales. Au titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de travail, l'expert a retenu une obésité avec un BMI de 39,9 kg/m², un status après by-pass gastrique complété par un raccourcissement de l'anse dite absorbative, une stéatorrhée sur syndrome de l'intestin grêle court, un status après cure de rectocèle (2005), un status après hystérectomie et cure de cystocèle (2006), une récurrence actuelle de cystocèle, un possible syndrome du tunnel carpien gauche et une cardiomyopathie débutante avec valvulopathie aortique, mitrale et tricuspide non significative. L'assurée se plaignait de douleurs diffuses de l'appareil locomoteur (douleurs périrochantériennes, lombalgies et gonalgies), de troubles digestifs, de troubles urinaires ainsi que de fatigue chronique. Selon l'anamnèse psychologique, elle se sentait abattue et impuissante face à sa situation somatique. Les douleurs chroniques la fatiguaient. Elle rapportait des troubles de la thymie irréguliers et fluctuants avec par moment une labilité émotionnelle, sans idée de mort, ni de velléité suicidaire, mais avec un sentiment parfois d'inutilité et de baisse de l'estime de soi. Selon l'expert, globalement, l'obésité et ses suites ainsi que les complications de la chirurgie malabsorbative notamment sous la forme des conséquences de l'intestin court, ne déterminaient pas de handicap significatif dans une vie professionnelle. Les plaintes concernant l'appareil locomoteur ainsi que le status clinique étaient superposables aux constatations du Dr H_____ du 13 juillet 2005, de sorte qu'il confirmait les conclusions de ce médecin concernant les limitations fonctionnelles et leur répercussion sur la capacité de travail. L'expert a encore précisé qu'en raison des diarrhées, un accès facilité aux lieux d'aisance devait être assuré. Il y avait une incapacité de travail de 20% au moins depuis janvier 1998. La capacité résiduelle de travail était de 70% dès novembre 2004 et l'activité exercée jusqu'à ce jour était exigible à 50%.
15. Suite au rejet de l'opposition par l'OAI (décision du 4 juillet 2008), la recourante a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (TCAS), alors compétent.
16. Par arrêt du 11 novembre 2008 (ATAS/1248/2008), le TCAS a rejeté le recours, considérant que les conclusions des trois experts étaient convergentes en ce sens que l'assurée présentait une capacité de travail de 70% dans l'activité habituelle de lingère-repasseuse et de 100% dans une activité adaptée dès novembre 2004. Le recours de droit public interjeté par l'assurée contre cet arrêt a été rejeté par arrêt du Tribunal fédéral du 14 juillet 2009 (9C_1031/2008).

17. Le 10 avril 2009, l'assurée a déposé une demande d'allocation pour impotent, rejetée par l'OAI, motif pris que l'assurée ne présentait pas d'affection durablement invalidante sur le plan médical qui expliquerait les difficultés rencontrées dans la vie quotidienne (décision du 23 avril 2009). Le recours a été rejeté par arrêt du TCAS du 9 mars 2010 (ATAS/225/2010).
18. L'assurée a présenté une nouvelle demande de prestations en date du 19 décembre 2011, reçue par l'OAI le 3 janvier 2012, en raison d'une obésité morbide, de gonarthrose et d'hypertension artérielle.
19. Le 14 mars 2012, l'assurée a adressé à l'OAI plusieurs rapports médicaux.
 - Dans un rapport du 25 mars 2010, la doctoresse D_____, chef de clinique au service de rhumatologie des HUG, a rappelé les diagnostics déjà connus. En outre, elle a diagnostiqué une lombosciatalgie bilatérale dans un contexte mixte de périarthrite de hanche bilatérale, trouble dégénératif articulaire postérieur, composante non exclue de canal lombaire étroit, une cervicobrachialgie dans un contexte de trouble dégénératif du rachis cervical avec hernie discale C4-C5 et syndrome du tunnel carpien bilatéral, une obésité morbide, une malabsorption avec carence multiple en vitamines. L'IRM du rachis montrait des troubles dégénératifs du rachis cervical avec discopathie multi-étagée et hernie discale C4-C5 sans conflit disco-radiculaire mais avec une empreinte sur le cordon médullaire sans myélopathie. Le canal cervical était rétréci et ses dimensions étaient à la limite inférieure de la norme. Sur le plan lombaire, le canal était également à la limite inférieure de la norme et il existait quelques petites protrusions discales sans conflit disco-radiculaire.
 - Dans un rapport du 11 mai 2010, la doctoresse L_____, neurologue FMH, a indiqué que l'examen ENMG ne montrait pas d'anomalie du système nerveux périphérique, hormis un syndrome du tunnel carpien discret bilatéral. Les symptômes douloureux aux membres inférieurs avec impatiences lui évoquaient un syndrome des jambes sans repos. A l'examen, elle était frappée par la présence de multiples points douloureux du rachis, des insertions et des faces latéro-externes des cuisses. Elle se demandait s'il ne s'agissait pas de points d'une fibromyalgie.
 - Dans un rapport du 24 novembre 2010 consécutif à son examen du même jour pour des douleurs au niveau du pli du coude droit et pour un syndrome du tunnel carpien droit modéré, le docteur M_____, chirurgien de la main FMH, a diagnostiqué un syndrome du tunnel carpien modéré à la main droite ne nécessitant pas de traitement chirurgical. Selon lui, la présentation et la symptomatologie atypiques des douleurs du coude rentraient probablement dans le cadre de la fibromyalgie.
20. Une polysomnographie effectuée le 23 février 2012 a mis en évidence un sommeil déstructuré et un syndrome d'hypopnées obstructives du sommeil sévères avec une composante d'hypoventilation.

21. Dans une note manuscrite du 21 juillet 2012, le SMR a considéré que l'assurée avait rendu plausible une aggravation de son état de santé notamment au vu de la possible fibromyalgie et de l'hypopnée obstructive sévère. Par conséquent, il y avait lieu d'instruire le dossier.
22. Dans un rapport non daté mais reçu par l'OAI le 28 août 2012, la doctoresse N_____, généraliste FMH, a diagnostiqué avec effet sur la capacité de travail une obésité morbide avec BMI de 54,1 kg/m², une gonarthrose bilatérale, une déchirure de la corne postérieure du ménisque interne gauche, une lombalgie invalidante avec douleurs aux jambes, un état anxio-dépressif et un syndrome d'apnée obstructive du sommeil de degré sévère. L'assurée était limitée dans les activités de la vie quotidienne, inclusivement la marche. Il était inconcevable qu'elle pût travailler dans son état de santé.
23. Le docteur O_____, spécialiste FMH en orthopédie, a relevé dans son rapport du 26 octobre 2012 que la patiente se plaignait de douleurs au genou gauche puis droit et que la flexion/extension des genoux était limitée en raison de l'obésité. Les radiographies révélaient essentiellement des signes d'arthrose fémoro-tibiale interne et l'IRM faisait suspecter une lésion méniscale à caractère dégénératif à gauche. Une perte pondérale paraissait illusoire et si les douleurs venaient à se péjorer, il faudrait envisager la mise en place d'une prothèse totale.
24. Dans un rapport du 11 décembre 2012, la Dresse G_____ a attesté une aggravation de l'état dépressif depuis la fin de l'année 2011, avec idées suicidaires, pour lequel l'assurée était suivie au CTB. Elle a également transmis à l'OAI plusieurs rapports d'autres médecins.

D'après le rapport du 20 novembre 2012 de la doctoresse P_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin auprès de Genève Médecins, elle avait examiné l'assurée le 6 novembre 2012 et diagnostiqué un état dépressif avec idéation suicidaire. A l'examen, elle avait constaté une labilité émotionnelle, une idéation suicidaire, une thymie triste et une anxiété importante.

Selon le résumé de séjour des HUG, l'assurée avait été hospitalisée du 19 au 26 novembre 2012 pour un trouble dépressif récurrent, épisode actuel d'intensité modérée, avec idées suicidaires. Elle avait été hospitalisée dans un contexte d'état dépressif se péjorant depuis trois mois et de conflits avec sa fille. Elle n'avait pas de suivi psychiatrique. A la suite de l'arrêt de son travail de maman de jour en juillet au vu des difficultés à se mobiliser, elle décrivait une baisse thymique avec anhédonie et tristesse importante. Elle se retrouvait seule à domicile ce qui était difficile pour elle. Au début novembre, elle avait tenté de se suicider par abus médicamenteux mais en avait été empêchée par sa cousine qui était arrivée au moment où elle allait les ingérer. Lors de son entrée dans l'unité, elle avait verbalisé tant sa souffrance en lien avec la diminution de ses capacités physiques que son sentiment d'épuisement en lien avec son engagement au sein de sa communauté. Un suivi avait été organisé au CTB.

25. Sur avis du SMR, l'OAI a mis en œuvre, le 14 mars 2013, une expertise médicale pluridisciplinaire via la plateforme MED@P et a communiqué le questionnaire à l'assurée comportant notamment des questions en cas de trouble de la lignée somatoforme ou de trouble assimilé. Le 19 juillet 2013, l'OAI a informé l'assurée que le centre d'expertise médical de Lausanne était désigné pour effectuer l'expertise médicale et lui a communiqué les noms des experts.
26. La policlinique médicale universitaire (ci-après PMU) a établi son rapport d'expertise en date du 18 février 2014. L'assurée a fait l'objet d'un examen de médecine interne le 27 août 2013 par le docteur Q_____, d'un examen psychiatrique le 10 septembre 2013 par la doctoresse R_____, d'un consilium rhumatologique le 25 septembre 2013 par le Docteur S_____ et de consiliums du centre du sommeil des 7 octobre 2013 et 23 janvier 2014 par le docteur T_____. Les conclusions du rapport ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire le 29 octobre 2013. Sur le plan psychiatrique, la Dresse R_____ a diagnostiqué un épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques (F32.1), une hyperphagie boulimique (F50.4) et une obésité morbide avec plusieurs comorbidités somatiques (E66.9). Elle a considéré que les plaintes somatiques évoquées lors de l'examen psychiatrique apparaissaient en relation avec les problèmes de l'obésité. Toutefois, au vu du cortège de plaintes somatiques diverses trouvées anamnestiquement dans les différents rapports somatiques et qui n'avaient pas été toutes spontanément évoquées par la patiente, on pourrait retenir le diagnostic différentiel de trouble somatoforme douloureux persistant, selon le résultat de l'examen rhumatologique. Les limitations fonctionnelles psychiatriques consistaient en difficultés modérées d'attention et de concentration, fatigabilité accrue, dévalorisation, irritabilité avec risques de passages à l'acte, comportements compulsifs alimentaires entraînant une aggravation de l'obésité et comorbidités ostéoarticulaires qui à leur tour provoquaient des symptômes douloureux et des entraves à la mobilité.

Le Dr S_____, consultant rhumatologue, a diagnostiqué des cervico-lombalgies et omalgies droites chroniques, d'étiologie indéterminée et des gonalgies bilatérales, avec gonarthrose gauche tricompartmentale. Dans l'appréciation du cas, il a relevé que l'expertisée présentait une symptomatologie douloureuse de l'appareil locomoteur, chronique, d'étiologie indéterminée. Il s'agissait essentiellement de douleurs, phénomènes subjectifs non mesurables et propres à chaque individu, dans ce cas non explicables de manière prépondérante et satisfaisante par un modèle biomédical seul au vu des investigations effectuées jusqu'à ce jour, surtout quant aux cervico-lombalgies et omalgies droites. L'appréciation de la capacité de travail était difficile du point de vue rhumatologique. En tenant compte de la gonarthrose gauche, les limitations fonctionnelles concernaient les activités en position exclusivement debout, les activités accroupies ou à genoux, les déplacements fréquents la montée /descente des escaliers. Il était souhaitable que l'expertisée pût varier sa position et qu'elle ne

fût pas soumise à un stress de rendement. Pour les activités respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail était complète du seul point de vue rhumatologique.

Le Dr T_____ a retenu les diagnostics de plainte de somnolence diurne excessive sans somnolence objectivable, trouble respiratoire du sommeil obstructif de degré sévère, syndrome d'obésité-hypoventilation, hypertension artérielle traitée, cardiomyopathie débutante, obésité morbide, tabagisme actif, état anxiodépressif, status post by-pass gastrique, rachialgies dans le cas de troubles statiques du rachis, périarthrite de hanche bilatérale, gonalgies bilatérales sur gonarthrose avec syndrome rotulien droit, troubles dégénératifs du rachis avec hernie discale C4-C5, status post colpomyorrhagie postérieure étendue et colposuspension selon Richter pour rectocèle de type II avec cystocèle. L'assurée présentait une somnolence excessive malgré l'utilisation exemplaire d'une ventilation nocturne assistée (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP), non objectivée lors des tests organisés. Cette constellation était fréquemment rencontrée dans les troubles de l'humeur. D'autre part, une participation des traitements psychotropes était possible.

A l'issue du colloque de synthèse, les experts ont admis unanimement que l'assurée était atteinte dans sa santé physique et psychique. Ils ont diagnostiqué en définitive avec influence essentielle sur la capacité de travail une gonarthrose gauche tri-compartimentale. Sans influence essentielle sur la capacité de travail, ils ont repris les diagnostics posés par chacun des spécialistes, notamment une somnolence diurne excessive. En raison de la gonarthrose, l'activité de lingère-repasseuse ne pouvait plus être exercée qu'à 50%, appréciation qui rejoignait ainsi celle de la précédente expertise de 2007. Sur le plan psychiatrique, les diagnostics d'épisode dépressif moyen sans symptômes psychotiques apparu en 2012 et de troubles de type hyperphagie boulimique ont été retenus. Les limitations psychiatriques nécessitaient un bon encadrement, des activités routinières et simples devaient être privilégiées, il existait un risque d'absentéisme au travail. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles, la capacité de travail de l'assurée était entière. Le pronostic était extrêmement réservé. En conclusion, dès septembre 2007, la capacité de travail de l'assurée avait subi une réduction de 25% au moins et la capacité de travail résiduelle dans l'activité de lingère-repasseuse était de 50%. Dans une activité adaptée respectant les limitations fonctionnelles décrites, la capacité de travail était entière.

27. Par décision du 22 septembre 2014, l'OAI a refusé l'octroi d'une rente et de mesures professionnelles, se référant aux conclusions de l'expertise de la PMU. Après comparaison des gains, l'OAI a constaté que le degré d'invalidité était de 1,2%, soit insuffisant pour ouvrir droit à une rente et à un reclassement professionnel.
28. Par courrier du 11 octobre 2014, l'assurée interjette recours, relevant que son état de santé l'empêche de travailler. Elle expose avoir tenté d'exercer l'activité de

maman de jour mais sans succès, car elle ne peut ni sortir, ni porter, encore moins changer et donner à manger à la cuillère aux enfants. Elle soutient qu'elle ne parvient pas à effectuer certains des actes ordinaires de la vie et se voit dans l'obligation de demander l'aide de ses proches. Elle souhaiterait bénéficier d'une nouvelle expertise approfondie afin de pouvoir démontrer l'existence de ses handicaps.

29. Dans sa réponse du 10 novembre 2014, l'OAI a conclu au rejet du recours, se référant à l'expertise de la PMU dont le rapport revêtait pleine valeur probante. Un examen complémentaire sur le plan médical ne se justifiait pas.
30. Après avoir été mise au bénéfice de l'assistance juridique, la recourante a sollicité un délai complémentaire pour répliquer.
31. Dans sa réplique du 6 février 2015, la recourante a observé des incohérences dans le rapport d'expertise du 18 février 2014, s'agissant notamment du diagnostic d'obésité morbide qui serait sans influence essentielle sur la capacité de travail. Or, le BMI était de 57 en 2013 au moment de l'expertise contre 56 en 1999 lorsqu'elle avait été considérée comme invalide à 100% par l'intimé. Ensuite, les experts exposaient que la gonarthrose allait s'aggraver naturellement mais également en raison de la surcharge pondérale et qu'une opération devrait être envisagée dans les prochaines années à venir, voire à terme, la mise en place d'une prothèse. S'agissant des plaintes somatiques, les experts avaient posé un diagnostic contradictoire; en effet, pour la psychiatre, ses plaintes somatiques (lombalgies et gonalgies) lui apparaissaient en relation avec les problèmes d'obésité, alors que pour le rhumatologue, elles devaient être écartées car elles ne seraient liées qu'à un phénomène subjectif, non mesurable, propre à chaque individu. Selon la recourante, les conclusions du Dr S_____ devaient être appréciées avec toute réserve car il avait posé des diagnostics sans être en mesure de procéder à des tests ou examens. En effet, il avait indiqué à plusieurs reprises dans son rapport qu'il n'avait pas été en mesure de procéder à des tests ou des examens en raison de l'abondance du tissu adipeux. Par conséquent, il s'était fondé sur le rapport du Dr U_____, qui avait été en mesure d'effectuer des examens en 2011 et avait constaté qu'elle souffrait de lésions somatiques objectives aux genoux. Les conclusions de l'expert rhumatologue n'étaient dès lors pas fiables. Quoi qu'il en soit, son état de santé s'était ainsi aggravé, de même que son obésité, respectivement ses effets négatifs sur les membres inférieurs, de sorte que les lésions somatiques objectives s'étaient, selon toute vraisemblance, également aggravées en 2014. La recourante a également relevé que l'intimé avait mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire dont le mandat comportait toute une série de questions portant sur la présence de troubles somatoformes. Or, alors que la Dresse R_____ avait retenu le diagnostic différentiel de trouble somatoforme douloureux persistant, le Dr S_____ n'avait pas traité la question et au final le rapport d'expertise n'avait pas répondu aux questions posées par le mandat d'expertise concernant les troubles de la lignée somatoforme ou assimilés. Sur le plan psychiatrique, les médecins des

HUG attestait un état dépressif persistant sévère alors que celui-ci était qualifié de moyen par l'experte psychiatre. En tout état, un trouble dépressif venait se greffer sur les diagnostics somatiques. Quant au diagnostic de fibromyalgie, il avait été mentionné dans le rapport du Dr M_____ du 24 novembre 2010, la doctoresse L_____, neurologue FMH, avait relevé que plusieurs points d'insertion des muscles étaient douloureux, alors que le SMR avait également diagnostiqué une fibromyalgie. Dès lors, les conclusions des experts étaient totalement incohérentes, absurdes et incomplètes, ce qui constituait un motif suffisant pour permettre à la chambre de céans de s'en écarter.

De surcroît, au vu des limitations admises par les experts aussi bien physiques que psychiques, on comprenait mal comment elle pourrait travailler à 50% dans l'activité de lingère-repasseuse et à 100% dans une activité adaptée. Les limitations fonctionnelles étaient tellement contraignantes qu'aucun expert n'avait été en mesure de préciser quelle activité correspondait à ces limitations et on ne pouvait pas concevoir qu'un employeur l'embaucherait au vu de toutes ces restrictions. Par conséquent, ces nombreuses limitations fonctionnelles rendaient impossible l'exercice d'une activité, même légère, sans reconversion professionnelle qui présupposait des facultés d'adaptation de sa part pratiquement insurmontables.

En définitive, la recourante a contestée tant les diagnostics retenus que leur répercussion sur sa capacité de travail, qu'enfin le calcul du degré d'invalidité effectué par l'OAI, notamment le pourcentage de l'abattement sur le revenu d'invalidité et l'année déterminante pour la comparaison des revenus. Elle a conclu, sous suite de dépens, à l'annulation de la décision de l'OAI et à l'octroi d'une rente entière d'invalidité à titre rétroactif au 3 janvier 2012, subsidiairement à la mise sur pied d'une expertise pluridisciplinaire ayant pour objet de confirmer le caractère invalidant de tous les troubles tant physiques que psychiques dont elle souffrait et au renvoi du dossier pour complément d'instruction et nouvelle décision au sens des considérants.

32. Dans sa duplique du 18 mars 2015, l'intimé a conclu au rejet du recours, considérant que la recourante ne démontrait pas en quoi le rapport d'expertise de la PMU ne revêtirait pas pleine valeur probante. Pour le calcul du degré d'invalidité, il y avait lieu de confirmer un abattement de 15% sur le salaire statistique d'invalidité.

Il a basé son écriture sur un avis SMR du 17 mars 2015, selon lequel lors de l'examen de personnes obèses, le médecin contourne la difficulté liée à la masse adipeuse par une observation lors de l'habillage ou du maintien de la station assise prolongée. De plus, les différents tests et manœuvres que le Dr S_____ n'avait pas pu effectuer ne permettaient pas d'évaluer la sévérité des atteintes, mais uniquement leur étiologie. L'expert avait également bien relevé les discordances, notamment la marche qui s'effectuait avec une canne à droite alors la douleur était à droite. Par conséquent, il ne s'était pas fondé sur l'avis du Dr U_____, mais bien sur son propre examen clinique effectué le jour de l'expertise. Le Dr S_____ avait insisté tout au long de son rapport sur la non-organicité des

douleurs et les nombreuses discordances retrouvées lors de l'examen. Qu'il s'agît d'une exagération des symptômes ou d'un trouble somatoforme douloureux, l'appréciation était la même. En outre, aucun des critères de sévérité n'était rempli.

33. Par écriture du 9 avril 2015, la recourante a maintenu que l'expertise de la PMU n'avait pas valeur probante, au vu des contradictions entre la Dresse R_____ et le Dr S_____ concernant les plaintes somatiques, point sur lequel le SMR ne s'était pas prononcé. Elle a reproché au rhumatologue de ne pas avoir effectué une IRM au vu des difficultés rencontrées lors de son examen clinique. Au surplus, elle a exposé qu'on ne saurait suivre le SMR lorsqu'il indiquait que l'appréciation de l'exagération des symptômes ou d'un trouble somatoforme douloureux était la même chose. En effet un trouble somatoforme douloureux persistant avec des pathologies associées, notamment des gonarthroses, un état dépressif, des lombalgies et des cervicalgies, pouvait influencer la capacité de travail et être reconnu comme invalidant, alors qu'il n'en était rien en présence d'une exagération. L'appréciation devait être différenciée, ce que l'expert rhumatologue n'avait manifestement pas fait. Pour le surplus, s'agissant des critères de sévérité permettant d'admettre une invalidité en lien avec le trouble somatoforme douloureux, le SMR comme tous les experts banalisait l'état dépressif avec idées suicidaires qui était apparu en 2012, élément qui était un facteur important de l'aggravation de son état de santé. La recourante a persisté dans l'intégralité de ses conclusions.
34. Après communication de cette écriture à l'OAI, 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. A teneur de l'art. 1 al. 1 de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20), les dispositions de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) 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).

-
3. Les modifications de la LAI 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, du point de vue matériel, au vu des faits pertinents jusqu'à la décision du 22 septembre 2014, le droit éventuel aux prestations doit être examiné en fonction des modifications de la LAI (4^{ème} et 5^{ème} révisions, révision 6a), entrées en vigueur les 1^{er} janvier 2004, 1^{er} janvier 2008 et 1^{er} janvier 2012 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).

4. Le délai de recours est de 30 jours (art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985; LPA - E 5 10). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 62 ss LPA).
5. Le litige consiste à déterminer si c'est à bon droit que l'intimé a rejeté la nouvelle demande de prestations déposée par la recourante, plus particulièrement s'il existe une modification sensible de son état de santé et/ou de ses conséquences sur sa capacité de gain depuis la décision de suppression de rente du 1^{er} septembre 2005, confirmée sur opposition le 4 juillet 2008.
6. a) Lorsque la rente ou l'allocation pour impotent a été refusée parce que le degré d'invalidité était insuffisant ou parce qu'il n'y avait pas d'impotence, la nouvelle demande ne peut être examinée que si l'assuré rend plausible que son invalidité ou son impotence s'est modifiée de manière à influencer ses droits (art. 87 al. 2 et 3 du règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961; RAI - RS 831.201). Cette exigence doit permettre à l'administration qui a précédemment rendu une décision de refus de prestations entrée en force, d'écarter sans plus ample examen de nouvelles demandes dans lesquelles l'assuré se borne à répéter les mêmes arguments, sans alléguer une modification des faits déterminants (ATF 130 V 64 consid. 5.2.3; ATF 125 V 412 consid. 2b et ATF 117 V 198 consid. 4b ainsi que les références).
b) L'administration qui est saisie d'une nouvelle demande doit d'abord déterminer si les allégations de l'intéressé sont crédibles. Si tel n'est pas le cas, l'affaire est

liquidée d'entrée de cause et sans autres investigations par un refus d'entrer en matière. (ATF 117 V 198 consid. 3a; arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 1.2). Lors de l'appréciation du caractère plausible d'une modification déterminante des faits influant sur le droit aux prestations, on compare les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision administrative litigieuse et les circonstances prévalant à l'époque de la dernière décision d'octroi ou de refus des prestations entrée en force reposant sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 133 V 108 consid. 5.4).

c) Lorsque l'administration entre en matière sur une nouvelle demande de prestations (cf. art. 87 al. 3 RAI), elle doit examiner la cause au plan matériel - soit en instruire tous les aspects médicaux et juridiques (arrêt du Tribunal fédéral 9C_142/2012 du 9 juillet 2012 consid. 4) - et s'assurer que la modification du degré d'invalidité rendue vraisemblable par l'assuré est effectivement survenue, comme si elle se prononçait pour la première fois sur le droit aux prestations. Si elle constate que les circonstances prévalant lors de la dernière décision entrée en force et reposant sur un examen matériel du droit à la rente (cf. ATF 133 V 108) ne se sont pas modifiées jusqu'au moment de la nouvelle décision, et que le degré d'invalidité n'a donc pas changé, elle rejette la nouvelle demande. Dans le cas contraire, elle est tenue d'examiner s'il y a désormais lieu de reconnaître un taux d'invalidité ouvrant le droit à une prestation ou augmentant celle-ci. En cas de recours, le même devoir d'examen matériel incombe au juge (ATF 109 V 108 consid. 2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_721/2014 du 16 juin 2015 consid. 3.1).

d) Les normes réglementaires et les principes jurisprudentiels sur les modalités de l'examen d'une nouvelle demande après que des prestations ont été refusées par une décision entrée en force ne concernent, selon leur sens et but exposés ci-dessus, que des demandes de prestations portant sur un objet identique. En revanche, l'assuré ne peut se voir opposer l'entrée en force d'un refus de prestations antérieur lorsqu'il fait valoir le droit à des prestations différentes, et donc un cas d'assurance différent (arrêt I 269/97 du 24 février 1998, in SVR 1999 IV n° 21 p. 64; cf. aussi ATF 117 V 198 consid. 4b). Au contraire, l'administration - et en cas de recours le juge - est tenue d'examiner de manière étendue sous l'angle des faits et du droit une demande de prestations certes nouvelle, mais qui porte sur une prétention différente de celle qui a fait l'objet de la décision de refus antérieure (arrêt du Tribunal fédéral 9C_67/2009 du 22 octobre 2009 consid. 2.2).

7. Que la demande de prestations de la recourante du 19 décembre 2011 constitue une requête en révision de son droit à la rente d'invalidité après qu'elle eut bénéficié antérieurement d'une telle prestation à titre temporaire seulement - l'extinction du droit à la rente étant assimilée à un refus (Michel VALETTRIO, Droit et pratique de l'assurance-invalidité, p. 270; Damien VALLAT, La nouvelle demande de prestations AI et les autres voies permettant la modification de décisions en force in

RSAS 2003, p. 393 ch. 2.2) - ou qu'elle doit être tenue pour une nouvelle demande, les dispositions de l'art. 17 al. 1 LPGA régissant la révision d'une telle rente sont applicables (arrêt du Tribunal fédéral 8C_85/2010 du 13 septembre 2010 consid. 7.2; voir aussi ATF 130 V 343 consid. 3.5. (2)).

L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que 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.

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 134 V 131 consid. 3; 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 141 V 9 consid. 2.3; 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).

8. a) 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 cas échéant - en cas d'indices d'une modification des effets économiques - 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; arrêt du Tribunal fédéral 9C_685/2011 du 6 mars 2012 consid. 5.1). Une communication, au sens de l'art. 74^{ter} let. f RAI, a valeur de base de comparaison dans le temps si elle résulte d'un examen matériel du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral 9C_127/2014 du 15 mai 2014 consid. 2.2 et les références).
- b) En l'espèce, après avoir alloué une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} janvier 1999 par décision du 15 octobre 1999, puis confirmé un droit inchangé à la rente par communication du 14 mars 2001, l'intimé a supprimé la rente d'invalidité par décision du 1^{er} septembre 2005 confirmée par décision sur opposition du 4 juillet 2008 et arrêt du TCAS du 11 novembre 2008. Cette décision reposait sur le rapport

SMR du Dr H_____ du 13 juillet 2005 consécutif à son examen rhumatologique ainsi que sur les rapports d'expertise du Dr K_____ du 7 septembre 2007 et de la Dresse J_____ du 25 janvier 2007.

Par conséquent, pour déterminer si et depuis quand le degré d'invalidité s'est modifié notablement au sens de l'art. 17 LPGA, il convient de comparer les faits existant au moment de la décision sur opposition du 4 juillet 2008 confirmant la décision de suppression du droit à la rente du 1^{er} septembre 2005, entrée en force et reposant sur un examen du droit à la rente, avec les circonstances fondant la décision litigieuse du 24 janvier 2014.

Cette dernière décision repose d'un point de vue médical notamment sur le rapport d'expertise de la PMU du 18 février 2014. Par conséquent, avant de comparer la situation sur le plan médical existant au moment des deux décisions, il convient d'examiner si cette expertise a une valeur probante.

9. a) 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).

b) 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux. Ainsi, en principe, lorsqu'au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations

approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb).

10. En l'espèce, il y a lieu tout d'abord de constater que, contrairement à ce qu'exige la jurisprudence, le rapport d'expertise du 18 février 2014 ne procède à aucune comparaison de l'état de santé de la recourante entre la décision du 4 juillet 2008 confirmant la décision de suppression de la rente du 1^{er} septembre 2005 et la situation existant au moment de l'examen par les divers spécialistes lors du second trimestre 2013.

En outre, il contient plusieurs vices. En effet, la Dresse R_____ considère que même si les lombalgies et gonalgies au changement de position lui apparaissent en relation avec les problèmes d'obésité, toutefois au vu du cortège de plaintes somatiques diverses que l'on trouve anamnestiquement dans les différents rapports somatiques, on pourrait retenir, selon le résultat de l'examen rhumatologique, le diagnostic différentiel de trouble somatoforme douloureux persistant. Or, le Dr S_____ pose un diagnostic de cervico-lombalgies et d'omalgies droites chroniques d'étiologie indéterminée et de gonalgies bilatérales avec gonarthrose gauche tri-compartmentale. Il précise que la recourante présente une symptomatologie douloureuse de l'appareil locomoteur chronique (cervico-lombalgies et omalgies droites) qui est survenue dans un contexte de révision de rente. Selon lui, la gonarthrose gauche n'explique pas l'étendue, ni l'intensité de la symptomatologie douloureuse. Il en conclut que les douleurs rapportées par la recourante ne sont pas explicables de manière prépondérante et satisfaisante par un modèle biomédical seul. Au vu des conclusions du Dr S_____ qui ne retient pas de fibromyalgie, si tant est qu'il ait examiné les dix-huit points insertionnels permettant de poser ce diagnostic - ce qui n'apparaît pas dans le compte-rendu de son examen - et de l'étiologie indéterminée des cervico-lombalgies et omalgies, les experts auraient dû discuter le diagnostic de trouble somatoforme douloureux persistant dans leur discussion finale en précisant si les éléments diagnostiques nécessaires pour retenir ce trouble sont réalisés ou non, ce qu'ils n'ont pas fait. Par ailleurs, la Dresse R_____ retient des limitations fonctionnelles psychiatriques qui constituent un obstacle à la capacité de travail de la recourante consistant en difficultés modérées d'attention et de concentration, fatigabilité accrue, dévalorisation, irritabilité avec risques de passages à l'acte, comportements compulsifs alimentaires entraînant une aggravation de l'obésité et des comorbidités ostéoarticulaires qui à leur tour provoquent des symptômes douloureux et des entraves à la mobilité. Eu égard aux limitations fonctionnelles énumérées et leur impact reconnu par la Dresse R_____ sur la capacité de gain de la recourante, il n'est pas compréhensible qu'aucune diminution de la capacité de travail, respectivement du rendement n'ait été admise. Par conséquent, les conclusions des experts sur la capacité de gain de la recourante, respectivement de rendement

contredisent les limitations fonctionnelles retenues par la Dresse R_____. Même si celle-ci a participé au colloque de synthèse multidisciplinaire, le rapport d'expertise ne contient aucune explication étayant la position des experts quant à ces divergences qui doivent dès lors être considérées comme des contradictions permettant de douter de sa valeur probante.

Enfin, le rapport d'expertise ne répond pas aux questions posées par l'intimé dans son mandat d'expertise concernant les troubles de la lignée somatoforme ou assimilés destinés à apprécier le caractère invalidant desdits troubles, alors que les experts ont retenu que la recourante présente une symptomatologie douloureuse chronique qui n'est expliquée que partiellement par ses gonalgies et une somnolence diurne excessive non objectivée lors de la polysomnographie. En effet, cet examen réalisé du 15 au 16 janvier 2014 avec une CPAP a démontré une bonne efficacité du sommeil et un nombre de micro-réveils dans la norme, soit une constellation fréquemment rencontrée dans les troubles de l'humeur. Or, en présence d'un diagnostic de somnolence diurne excessive qui toutefois n'a pas été objectivée lors de la polysomnographie, les experts auraient également dû discuter d'un éventuel diagnostic d'hypersomnie non organique, à savoir une affection psychosomatique sans étiologie claire assimilée à la lignée somatoforme. Par conséquent, les réponses apportées par les experts aux questions posées par l'intimé ne sont pas complètes, de sorte que pour ce motif également, il n'est pas possible de se rallier à leurs conclusions.

11. Dans un arrêt de principe (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.

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2).

12. a) Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons

pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut 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). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Dans un arrêt de principe, le Tribunal fédéral a modifié sa jurisprudence en ce sens que lorsque les instances cantonales de recours constatent qu'une instruction est nécessaire parce que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise, elles 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'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

b) En l'espèce, au vu des lacunes et contradictions contenues dans le rapport d'expertise de la PMU du 18 février 2014, notamment quant à l'absence de discussion des diagnostics de trouble somatoforme douloureux persistant, respectivement de fibromyalgie et de hypersomnie non organique, il n'est pas possible de savoir si la recourante remplit les critères diagnostiques de ces troubles, partant s'il y a lieu d'évaluer sa capacité de travail réellement exigible 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).

Par conséquent, la chambre de céans ne dispose pas des éléments médicaux nécessaires pour statuer sur l'évolution de l'état de santé de la recourante, respectivement de sa capacité de gain depuis la décision de suppression de rente du 1^{er} septembre 2005, confirmée sur opposition le 4 juillet 2008, jusqu'à la décision dont est recours, de sorte qu'il y a lieu de procéder à une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire.

Etant donné que les défauts de l'expertise de la PMU sont évidents et reconnaissables, même sans connaissances spécifiques, force est de constater que l'intimé n'a pas instruit correctement la situation médicale, de sorte que la cause doit lui être renvoyée pour mise en œuvre d'une nouvelle expertise médicale pluridisciplinaire au sens des considérants.

13. Au vu de ce qui précède, le recours sera admis et la décision du 22 septembre 2014 sera annulée. La recourante obtenant gain de cause, une indemnité de CHF 2'000.- lui sera accordée à titre de participation à ses frais et dépens (art. 61 let. g LPGA; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en matière administrative du 30 juillet 1986 [RFPA - E 5 10.03]). Etant donné que, depuis le

1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), au vu du sort du recours, il y a lieu de condamner l'intimé au paiement d'un émolument de CHF 1'000.-.

**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 22 septembre 2014.
3. Renvoie le dossier à l'OAI pour instruction complémentaire sous forme d'expertise médicale pluridisciplinaire au sens des considérants, puis nouvelle décision.
4. Condamne l'intimé à verser à la recourante un montant de CHF 2'000.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
6. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

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