

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3433/2010

ATAS/1270/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 4 décembre 2014

3^{ème} Chambre

En la cause

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

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente; Michael BIOT et Claudiane CORTHAY, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Par décision du 12 novembre 2003, Madame A_____ (ci-après : l'assurée), nettoyeuse de profession, a été mise au bénéfice d'une rente entière à compter du 1er février 1999. Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport rédigé le 27 avril 1999 par le Dr B_____, spécialiste FMH en neurologie, dont il ressortait que l'atteinte à la santé - consistant en une conjonctivite chronique de l'œil gauche toujours symptomatique, des céphalées tensionnelles, un syndrome douloureux chronique (nuque, épaule, dos et jambes) sans pathologie ostéoarticulaire évidente, un état dépressif anxieux et un hallux valgus bilatéral - avait entraîné une totale incapacité de travail depuis le 23 février 1998 mais qu'une activité légère éventuellement sédentaire pourrait en revanche être exigée de l'assurée à 50 % à condition d'éviter les positions statiques, à genoux, en inclinaison du buste, le port de charges, les mouvements répétitifs, le travail en hauteur, le froid, le bruit, la poussière et l'exposition aux produits chimiques;
- un rapport rédigé le 27 avril 1999 par le Dr C_____, confirmant l'existence d'une atteinte à la santé depuis 1998 et une totale incapacité de travail du 28 février au 29 novembre 1998, en raison d'une fibromyalgie et d'un état dépressif;
- un rapport du Dr D_____, spécialiste FMH en médecine interne, du 4 décembre 1998, concluant à une fibromyalgie invalidante et à un état anxio-dépressif;
- un second bref rapport du Dr D_____, établi le 7 mai 1999, confirmant les diagnostics précédemment posés et concluant à une totale incapacité de travail depuis le 23 février 1998;
- un rapport du Dr E_____, spécialiste FMH en médecine interne et maladies rhumatismales, du 30 décembre 2001, faisant état de limitations fonctionnelles algiques et concluant à une incapacité de travail ;
- un rapport de la Dresse F_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, rendu le 17 janvier 2003 sur mandat de l'OAI, retenant le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant et d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et concluant à une diminution de la capacité de travail de 70% au moins depuis février 1998, précisant que l'état de la patiente s'était depuis lors aggravé et qu'elle ne pourrait exercer une activité, pas même occupationnelle, plus d'une à deux heures par jour;
- un rapport du Dr G_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatismale, du 18 mars 2003, concluant à un trouble somatoforme douloureux, à des dorsolombalgies sur spondylodiscarthrose et à un état dépressif ayant pour

conséquence, sur le plan physique, une capacité théorique de 50% dans une activité légère s'exerçant en position assise et permettant d'alterner les positions et d'éviter le port de charges, la marche et les efforts répétés des membres inférieurs;

- un nouveau rapport établi le 12 février 2004 par le Dr B_____, confirmant le diagnostic de syndrome douloureux chronique touchant tout l'appareil multi-tendineux et la tête et s'accompagnant d'une fatigue intense et de troubles de l'humeur évoluant depuis 1998, s'aggravant d'année en année, réfractaire au traitement ; le médecin précisait que le retentissement sur l'état de sa patiente était très important puisque cette dernière n'arrivait plus à faire son ménage ; il concluait à une capacité de travail exigible de deux heures par jour maximum.
2. Une procédure de révision a été ouverte en 2008.
 3. Le Dr H_____ dans un rapport du 26 octobre 2008, a fait état d'une fibromyalgie, de dorsolombalgies, d'un état anxio dépressif et de céphalées mixtes et a conclu à une incapacité de travail.
 4. La Dresse I_____, spécialiste FMH en neurologie, a confirmé dans un rapport du 3 novembre 2008 les diagnostics de fibromyalgie, de céphalées mixtes et d'état anxio-dépressif et a réservé son pronostic, compte tenu de l'absence de toute amélioration depuis longtemps. Lui aussi a conclu à une totale incapacité à exercer l'activité habituelle. En revanche, il a admis une capacité de deux à trois heures par jour au maximum dans une activité adaptée (pce 95 OAI).
 5. Le Dr J_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie a lui aussi conclu, dans un rapport du 14 décembre 2008, à une fibromyalgie, à une discopathie L5-S1, à un état dépressif, à une hypothyroïdie et, sur le plan strictement rhumatologique, à une capacité de travail réduite à 50 % depuis 2003.
 6. Le 16 avril 2009, le Dr K_____, du service médical régional AI (SMR), a émis un avis critiquant tant l'expertise de la Dresse F_____ - à laquelle il a reproché de ne mettre en évidence ni anhédonie ni fatigue mais seulement une tristesse, une inappétence, un désespoir face à l'avenir, des troubles du sommeil et de vagues idées suicidaires ne permettant pas, selon lui, d'admettre l'existence d'un épisode dépressif, même léger - que celle du Dr G_____ - à laquelle il a reproché des contradictions.

Pour sa part, le Dr K_____ a émis l'opinion qu'en l'absence de trouble grave de la personnalité ou autre affection psychiatrique, l'état dépressif de l'assurée devait être considéré comme faisant partie intégrante du trouble somatoforme douloureux.

7. Sur la base de cet avis, l'OAI a confié le soin au Centre d'expertises médicales (ci-après : CEMed) d'investiguer plus avant.

Dans leur rapport d'expertise multidisciplinaire rendu le 4 juin 2009, les Drs L_____, spécialiste FMH en rhumatologie, et M_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, ont conclu en substance que, sur le plan somatique,

les troubles ostéoarticulaires et musculo-tendineux entraînaient une diminution de la capacité à exercer l'activité de nettoyeuse ou d'autres activités physiques exigeantes de l'ordre de 50% mais que la capacité de travail était en revanche entièrement préservée dans une activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter le port de charges et les efforts.

Sur le plan psychique, les experts ont conclu à un syndrome douloureux somatoforme non sévère, accompagné d'un trouble de l'humeur dont ils ont jugé que l'intensité se situait entre une dysthymie et un épisode dépressif d'intensité légère sans syndrome somatique. Ils ont ajouté que l'état global de l'assurée pourrait être amélioré par une prise plus régulière de son traitement ou par une adaptation de ce dernier. L'expert psychiatre a relevé l'absence de suivi psychiatrique ou d'hospitalisation. Il a émis l'avis que depuis 1999 - période à laquelle l'assurée avait traversé un épisode dépressif en lien avec ses problèmes ophtalmologiques - une amélioration était survenue - qu'il ne pouvait dater -, tout en admettant qu'il était difficile de déterminer s'il y avait eu amélioration ou s'il s'agissait là d'une différence d'appréciation entre lui et la Dresse F_____.

L'expert psychiatre a expliqué que, pour conclure à un épisode dépressif léger - voire à un état de dysthymie -, il avait tenu compte tant des plaintes de l'assurée que des constatations objectives mais aussi du fait que l'intéressée gardait une bonne compétence sociale, conservait des contacts avec son voisinage et promenait son chien - ce qui contrastait avec la description qu'elle faisait de son quotidien. L'expert a vu là une discordance entre les plaintes de l'assurée et ses propres constatations objectives. Excluant tout ralentissement psychique, il a conclu à une pleine capacité de travail sur le plan psychique.

En définitive, les diagnostics retenus par le CEMed ont été ceux de spondylodiscarthrose étagée depuis 2003 et de tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche depuis 2009. Ont également été mentionnés, en précisant qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail : une arthrose nodulaire des doigts, une périarthrite de la hanche, une hypothyroïdie traitée, une obésité, des céphalées tensionnelles, un status après greffe de cornée de l'œil gauche, une greffe de cornée de l'œil droit, un syndrome somatoforme douloureux et une dysthymie - versus épisode dépressif léger - sans syndrome somatique.

Sur le plan physique, les experts ont admis que les troubles dégénératifs du rachis et la tendinopathie de l'épaule gauche diminuaient la capacité de l'assurée à lever des charges, à exercer des efforts et à travailler bras au-dessus de l'horizontale. Ils ont estimé que, sur le plan somatique, il n'y avait pas eu d'évolution significative depuis l'expertise rhumatologique de 2003 ; sur le plan psychique l'assurée avait récupéré une pleine capacité de travail.

8. Sur la base de cette expertise, le Dr K_____, du SMR, a conclu à une capacité totale à exercer une activité adaptée, c'est-à-dire ne nécessitant pas une finesse manuelle et permettant d'alterner les positions une fois par heure et d'éviter le

travail bras gauche au-dessus de l'épaule, le port de charges, la position en porte-à-faux prolongée du tronc.

9. Le dossier a ensuite été soumis au Service de réadaptation professionnelle de l'OAI qui, après avoir reçu l'intéressée dans le cadre d'un mandat de réadaptation, lui a proposé un stage de quatre semaines auprès des Établissements publics pour l'intégration (EPI).
10. Le stage a été interrompu après cinq jours compte tenu de l'attitude et du comportement de l'assurée dont il a été indiqué qu'elle « se rendait inobservable » (cf. rapport du Centre d'observation professionnelle du 8 mars 2010). Tant les maîtres de réadaptation que le médecin-conseil consultant des EPI ont relevé un comportement très atypique décrit comme « caricaturalement sorti de l'expérience relationnelle commune », correspondant à « un réel refus de communication, un enfermement dans une réalité propre », et ont suggéré une réévaluation psychique et psychosomatique. A cet égard, il a été expliqué que l'assurée s'était « rendue totalement et caricaturalement inexaminable », tant sur le plan psychique que sur le plan relationnel, adoptant « un comportement spectaculaire avec un refus total de communiquer et d'agir ». Dans ces circonstances, il a été jugé évident que toute mesure professionnelle était inutile et inadaptée. Il a toutefois été indiqué qu'il était difficile de parler de troubles factices ou simulés compte tenu de l'absence totale de vraisemblance et de cohérence dans la manière d'agir de l'intéressée. En particulier, le Dr N_____ a indiqué que malgré les conclusions psychiatriques extrêmement banalisantes de l'expertise, il lui paraissait que le fonctionnement intrapsychique de l'assurée était sévèrement perturbé, raison pour laquelle il a suggéré une réévaluation psychique et psychosomatique par un spécialiste, afin d'aider à la compréhension d'un comportement dont il a indiqué qu'il doutait sérieusement que des mesures thérapeutiques aient une chance de le modifier après plus de dix ans de cristallisation.
11. Le Dr K_____ a alors émis l'avis que l'assurée pourrait souffrir d'une variation du syndrome de GANSER- que l'on peut observer dans les populations carcérales ou à l'occasion d'un trouble psychiatrique et qui se traduit par un syndrome de conversion, un trouble de la perception avec fermeture des yeux, une absence de cohérence et de vraisemblance dans la manière d'agir pouvant aller jusqu'à une dissolution de la personnalité mimant une psychose. Dans la mesure où ce syndrome se résout spontanément en l'absence d'un quelconque traitement, le médecin du SMR a estimé qu'il ne pourrait être reconnu comme incapacitant de manière durable et a persisté dans ses conclusions précédentes.
12. La division de réadaptation professionnelle a évalué le degré d'invalidité sur un plan médico-théorique. Le degré d'invalidité de l'assurée - dont il a été rappelé qu'elle n'avait jamais exercé à plein temps - a été évalué à 13,6% dans la sphère professionnelle.

13. Par décision du 6 septembre 2010, office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (ci-après OAI) a supprimé la rente d'invalidité allouée jusqu'alors à l'assurée avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision, étant précisé qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif.

Se référant à l'avis de son service médical régional, l'OAI a considéré que, depuis le 4 juin 2009, l'assurée avait recouvré une capacité de travail de 50% dans son activité habituelle de personnel d'entretien et de 100% dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles (c'est-à-dire ne nécessitant pas de finesse manuelle, permettant d'éviter le travail bras gauche au-dessus du niveau de l'épaule, le port de charges de plus de quinze kg, le travail en porte-à-faux prolongé du tronc et permettant de changer de position deux fois par heure).

14. Par écriture du 8 octobre 2010, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant principalement à ce que son droit à une rente entière soit reconnu au-delà du 30 octobre 2010.

La recourante fait valoir que son état de santé n'a pas évolué et qu'en réalité, la suppression de sa rente se base sur une nouvelle appréciation de son cas. Elle allègue qu'au contraire, son état de santé s'est aggravé, puisqu'au diagnostic de spondylodiscarthrose posé en 2003, s'est ajouté celui de tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche, en 2009.

Quant à l'amélioration psychique à laquelle ont conclu les experts du CEMed, la recourante fait remarquer qu'elle n'est pas corroborée par son psychiatre traitant ; la Dresse I_____ n'a pas non plus constaté d'évolution positive, au contraire, puisqu'elle a indiqué que l'état dépressif, présent de longue date, entraînait toujours une incapacité de travail, avis corroboré par celui du Dr O_____.

Par ailleurs, la recourante reproche à l'OAI de ne pas avoir expliqué en quoi pouvait consister concrètement une activité adaptée respectant toutes les limitations fonctionnelles énumérées.

A l'appui de son recours, l'assurée a produit :

- un courrier de la Dresse P_____ du 1er février 2010, attestant que sa patiente souffre de douleurs chroniques dans un contexte de fibromyalgie, de céphalées mixtes avec une forte composante migraineuse et de céphalées de tension, que la compliance est bonne, qu'il n'y avait eu aucune évolution positive depuis qu'elle suit l'assurée (janvier 2007) et que celle-ci a même été refusée par la consultation de la douleur de l'Hôpital cantonal, au motif que son état dépressif rend trop difficile une participation active à une thérapie cognitivo-comportementale ;
- un courrier du 7 février 2010, du Dr H_____, retenant les diagnostics suivants : état dépressif sévère, ptérygion bilatéral, syndrome du tunnel carpien bilatéral, fibromyalgie, épicondylite droite, migraines à répétition et spondylodiscarthrose étagée douloureuse ; le médecin relève que le CEMed a admis l'existence de troubles dégénératifs du rachis, d'une arthrose nodulaire des doigts, d'une péri-

arthropathie de la hanche et de signes de rupture partielle du sus-épineux de l'épaule gauche et s'étonne que les experts aient néanmoins conclu à une capacité de travail de 50% dans un emploi tel que celui de nettoyeuse, dont il estime pour sa part qu'il n'est plus exigible de sa patiente ;

- un courrier du Dr O _____ du 20 septembre 2010 expliquant qu'il suit l'assurée depuis février 2010 sur le plan psychique, qu'il a constaté de nombreux symptômes (humeur déprimée, perte d'intérêt ou de plaisir, diminution de l'énergie, fatigabilité accrue, perte de confiance et d'estime, altération de la capacité à penser et à se concentrer, perturbation du sommeil et sentiment de désespoir, incapacité à faire face aux responsabilités habituelles, plaintes physiques multiples, inquiétudes vagues et continuelles au sujet du futur, sthénie permanente, maux de tête et insomnies) qui l'ont conduit à poser le diagnostic d'épisode dépressif moyen avec syndrome somatique et de syndrome douloureux somatoforme persistant, que l'évolution n'a jamais été favorable et qu'à son avis, l'assurée est totalement incapable d'exercer une activité ; le médecin ajoute que le tableau clinique de sa patiente ne correspond pas à celui décrit dans l'expertise du CEMed, avec lequel il exprime son total désaccord.

15. Invité à se déterminer, l'OAI, dans sa réponse du 8 novembre 2010, a conclu au rejet du recours. Il soutient que tant les conditions d'une reconsidération que celles d'une révision sont remplies.

16. Une audience d'enquête s'est tenue en date du 13 janvier 2011.

Le Dr O _____ a confirmé les diagnostics d'état dépressif moyen à sévère avec troubles somatiques et de trouble somatoforme douloureux. Selon lui, l'état de sa patiente ne fluctue pas : il reste mauvais.

Le témoin a indiqué avoir eu connaissance du rapport du CEMed et avoir le sentiment que l'état de sa patiente avait été minimisé, tant sur le plan de l'état dépressif que sur celui du trouble somatoforme douloureux. A cet égard, il explique avoir pu constater l'existence de nombreux symptômes non mentionnés par les experts.

Selon le Dr O _____, c'est le trouble somatoforme douloureux qui doit être retenu à titre de diagnostic principal invalidant, bien que l'état dépressif exerce également une influence. Le témoin a émis l'avis que sa patiente est dans l'incapacité totale de travailler d'un point de vue psychique, relevant à cet égard qu'elle est même handicapée dans ses activités sociales ou la tenue de son propre ménage.

17. La Dresse I _____, qui suit la recourante depuis 2007, a expliqué que sa patiente a consulté pour des céphalées chroniques mixtes (migraines assez importantes et céphalées de tension) s'inscrivant dans un tableau de douleurs diffuses (fibromyalgie ou TSD). Selon le témoin, l'état de l'assurée a depuis lors légèrement fluctué mais, globalement, il n'a pas évolué.

Le témoin a indiqué avoir été frappé par l'état de tristesse de la patiente, très souvent en pleurs et n'ayant que très peu de projets ou d'envies. Il a émis l'avis qu'elle ne pourrait reprendre une activité lucrative, surtout en raison de son état psychique. Sur le plan strictement neurologique, les migraines dont l'assurée souffre régulièrement - qui s'accompagnent de nausées et vomissements - constituent en elles-mêmes déjà une limitation importante de sa capacité de travail, que le témoin a dit ne pouvoir évaluer.

Le témoin a indiqué ne pas partager les conclusions des experts sur le plan psychique : la patiente lui paraît plus déprimée. Relevant que le fait que l'assurée sorte son chien semble avoir été retenu par les experts comme un élément pertinent, le témoin a expliqué que cela fait partie du contrat thérapeutique passé avec ce type de patients, auprès desquels les médecins insistent sur la nécessité de conserver un minimum d'activités ; cela ne veut cependant pas dire qu'ils s'y plient volontiers.

Sur le plan strictement somatique, la Dresse I_____ s'est montré dubitative sur la possibilité pour l'assurée d'exercer à plus de 50%, que ce soit son activité de nettoyeuse ou toute autre activité.

Enfin, le témoin a souligné que sa patiente a été refusée dans le programme du Centre multidisciplinaire de la douleur des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) au motif qu'elle était trop déprimée, ce qui n'est pas fréquent.

18. Le Dr H_____, qui suit la recourante depuis 2004 à raison d'une fois par mois environ, a expliqué que des radiographies pratiquées en 2007 ont montré des insertions, de l'arthrose et une déchirure du tendon du sus-épineux au niveau de l'épaule, de sorte que les douleurs avaient ainsi pu être objectivées.

Il a souligné que l'assurée souffre également au niveau des bras (un tunnel carpien bilatéral a été confirmé), du dos (spondylarthrose pluri-étagée), du genou (arthrose), de migraines, etc.

Le Dr H_____ a expliqué avoir conclu en 2004 à une incapacité d'exercer l'activité de nettoyeuse.

Il a indiqué qu'à son avis, aucune amélioration n'est survenue depuis qu'il suit l'assurée, au contraire, et a cité pour preuve le diagnostic de tunnel carpien bilatéral posé en mars 2009.

Le Dr H_____ a précisé que si, théoriquement, la patiente dispose d'une capacité résiduelle de travail dans une activité adaptée à ses multiples limitations, il peine à voir en quoi celle-ci pourrait consister concrètement dans la mesure où l'intéressée peine même à assumer son propre ménage.

19. Par courrier du 4 juillet 2012, la Chambre des assurances sociales a informé les parties de son intention de mettre en œuvre une expertise et leur a accordé un délai pour communiquer les questions qu'elles souhaitent voir poser et invoquer d'éventuels motifs de récusation envers les experts pressentis.

20. Par ordonnance du 5 septembre 2012, la Cour de céans, relevant d'une part, que les experts du CEMed eux-mêmes avaient admis qu'il était difficile de dire s'il ne s'agissait que d'une simple divergence d'évaluation entre eux et la Dresse F_____, d'autre part, qu'il serait utile d'obtenir l'avis d'un spécialiste en matière de syndrome de GANSER, a ordonné une expertise (ATAS/1095/2012), qu'elle a confiée au Prof. Q_____, spécialiste FMH en neurologie - recommandé par le Prof. R_____, et au Dr S_____, psychiatre.
21. Les experts ont rendu leur rapport en date du 2 janvier 2014, sur la base du dossier, d'un examen clinique par le Prof. Q_____, de trois entretiens entre l'assurée et le Dr S_____ et d'un consilium entre les experts, étant précisé que ceux-ci ont fait appel aux services d'un traducteur portugais.

Sur le plan neurologique, l'expert n'a trouvé aucun signe suggestif d'un syndrome de GANSER. Il a dit avoir observé une assurée surtout « en douleur », avec certes un côté démonstratif, mais sans que l'on puisse parler d'un syndrome psychogène.

Ont été retenus comme diagnostics sur le plan neurologique : des migraines sévères sans aura et des céphalées tensionnelles chroniques et, sur le plan psychiatrique : un syndrome douloureux somatoforme persistant, un épisode dépressif moyen et une majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques.

Il a été rappelé que l'assurée souffre, depuis l'an 2000 environ, de migraines importantes, sans aura, mais avec photo-phonophobie, nausées, vomissements et vertiges ; s'y associe une composante de céphalées de tension.

La maladie neurologique dont souffre l'assurée est une migraine classique, réfractaire à la thérapie. L'expert neurologue a convenu que les douleurs sont rarement objectivables, mais il a souligné que toute l'histoire, le vécu et les caractéristiques de la migraine décrits par l'assurée sont typiques d'une migraine sévère, « objectivable » en tant que telle, par comparaison avec des milliers d'autres patients souffrant de la même symptomatologie.

Sur le plan neurologique, l'expert a conclu à une restriction fonctionnelle de 50%, l'assurée étant très handicapée par les migraines au moins trois jours par semaine.

Sur le plan psychique, l'expert a rappelé que l'assurée souffre d'un syndrome douloureux somatoforme persistant et d'un trouble dépressif attesté depuis 1999. A ces diagnostics, il a quant à lui ajouté celui de majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques.

L'assurée est prise en charge par un psychiatre et sous un traitement antidépresseur depuis des années à une posologie qui n'est pas optimale en raison des effets secondaires.

Selon l'expert psychiatre, le syndrome douloureux est sévère dans son expression clinique et l'état dépressif, de gravité moyenne.

Les principales limitations fonctionnelles sont dues aux migraines et aux douleurs musculo-tendino-articulaires chroniques.

Celles imputables au syndrome dépressif se confondent en partie avec celles dues aux autres troubles. Elles sont le fait d'un important ralentissement psychomoteur, d'une asthénie et d'une fatigue marquées, d'une thymie constamment sombre et irritable, de réactions agressives et impulsives, de l'impossibilité de maintenir la concentration et l'attention nécessaires à l'accomplissement de la plupart des tâches. Par ailleurs, il a été relevé que le comportement relationnel était très perturbé (repli sur soi, refus d'entrer en contact et de communiquer, attitude fermée, régressive et très démonstrative, etc.). Le ralentissement psychomoteur très marqué altère la capacité de travail ou d'adaptation de l'assurée, dans la mesure où les processus intellectuels et cognitifs sont d'une extrême lenteur.

En conséquence, l'expert a estimé que l'état de l'assurée n'était compatible qu'avec une activité en milieu protégé. Par ailleurs, il a souligné que les limitations évoquées rendaient l'assurée incapable de gérer ses affaires administratives et financières.

Cliniquement, il a été indiqué que les migraines et le syndrome douloureux sont au premier plan par rapport à l'état dépressif.

S'agissant des conditions permettant de voir reconnaître un caractère invalidant au trouble somatoforme douloureux, les experts ont estimé qu'elles étaient réunies.

Les experts ont conclu à une réduction de la capacité de travail de 50% au moins en raison des migraines, à une réduction également de 50% en raison du trouble somatoforme douloureux persistant et de l'état dépressif et, globalement, du fait de l'intrication des troubles neurologiques et psychiatriques, à un degré d'incapacité de travail de 70%. Selon eux, une activité légère ne serait possible qu'à condition que l'assurée puisse bénéficier d'une grande souplesse dans l'organisation de son travail, étant précisé que les absences dues aux migraines seraient assurément fréquentes et difficilement planifiables. L'exigibilité ne saurait dépasser un taux d'activité de 30%, dont les experts ont souligné qu'il s'agit d'une appréciation purement théorique, ne prenant pas en considération les éléments caractérisés et démonstratifs, lesquels se manifestent pourtant par un comportement empêchant l'assurée de mettre en œuvre sa capacité résiduelle de travail, ainsi qu'ont pu l'observer les EPI. Selon les experts, les ressources physiques et psychiques de l'assurée sont extrêmement réduites, pour ne pas dire nulles. Il en va de même des chances de succès d'une réadaptation professionnelle.

S'agissant des autres avis médicaux versés au dossier, notamment l'expertise du CEMED, les experts ont relevé que, depuis 1999, les avis médicaux sont uniformes et convergents : ils posent, avec des variations minimales, trois diagnostics : état dépressif (moyen ou sévère), douleurs somatoformes et migraines. Tous considèrent l'assurée comme incapable de travailler ou seulement à un petit

pourcentage dans un travail léger. Sur ce point, les experts ont manifesté leur accord et conclu à une incapacité de travail de 70%.

Les experts ont indiqué ne pas partager l'opinion des experts du CEMed qui, en 2009, et contrairement à tous les autres médecins - y compris eux-mêmes désormais -, ont estimé que l'état de l'assurée s'était amélioré depuis 1999. Selon eux, cette divergence est à attribuer à une vision trop exclusivement psychiatrique, n'ayant pas tenu suffisamment compte de la migraine sévère, ni des douleurs musculotendino-articulaires somatoformes, ni de leur interaction avec l'état psychique.

22. Par écriture du 17 février 2014, l'intimé a reproché aux experts d'une part, d'avoir recensé dans la partie anamnèse du volet neurologique les plaintes de l'assurée, d'autre part, d'avoir conclu que celle-ci était parfaitement orientée, alors qu'elle n'avait pas participé de manière optimale.

Par ailleurs, l'intimé regrette que le consilium n'ait eu lieu qu'en décembre 2013, soit plusieurs mois après que chacun des experts se fût exprimé dans sa spécialité (en juin-juillet 2013).

Il s'étonne des conclusions du médecin neurologue qui conclut à une incapacité de travail de 50%, alors qu'il a noté dans le même temps une majoration des symptômes chez l'assurée.

Enfin, s'agissant du trouble somatoforme, il conteste la présence d'un état psychique cristallisé, soutient qu'il n'y aurait pas perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie - puisque l'assurée conserve des relations avec quelques amis et voisins, ainsi qu'avec les membres de sa famille - et considère que l'échec des différents traitements existants n'a pas été démontré valablement.

23. La recourante, dans ses déterminations du même jour, a quant à elle persisté dans ses conclusions, dont elle a relevé qu'elles étaient corroborées par les résultats de l'expertise.
24. Par écriture supplémentaire du 21 mars 2014, la recourante a fait remarquer qu'il n'y avait en l'occurrence aucune amélioration démontrée de son état.

EN DROIT

1. Il n'est point besoin de revenir sur les questions de compétence de la Cour de céans et de recevabilité du recours, déjà examinées dans l'ordonnance du 5 septembre 2012 (ATAS/1095/2012).
2. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales.

Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le

juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

On précisera par ailleurs que la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la LAI est entrée en vigueur le 1^{er} juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1^{er} juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

3. Est litigieuse en l'espèce la suppression de la rente entière d'invalidité versée à la recourante. Singulièrement, il convient d'examiner si les conditions d'une révision du droit à la rente - voire d'une reconsidération - sont remplies.
4. a) Selon l'art. 17 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. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. 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 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

b) Le principe selon lequel l'administration peut en tout temps revenir d'office sur une décision formellement passée en force qui n'a pas donné lieu à un jugement sur le fond, lorsque celle-ci est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance appréciable, l'emporte sur la procédure de révision. Ainsi, l'administration peut aussi modifier une décision de rente lorsque les conditions de la révision selon l'art. 17 LPGA ne sont pas remplies. Si le juge est le premier à constater que la décision initiale était certainement erronée, il peut confirmer, en invoquant ce motif, la décision de révision prise par l'administration (ATF 125 V 369 consid. 2 et les arrêts cités; cf. aussi ATF 122 V 373 consid. 2c et 390 consid. 1b). Il est à relever que la reconsidération est désormais expressément prévue à l'art. 53 LPGA.

Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision pour le motif qu'elle est sans nul doute erronée, il faut se fonder sur la situation juridique existant au moment où cette décision a été rendue, compte tenu de la pratique en vigueur à l'époque (ATF 119 V 479 consid. 1b/cc et les références). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation erronée résultant de l'appréciation des faits. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne saurait en principe justifier une reconsidération (ATF 117 V 17 consid. 2c, 115 V 314 consid. 4a7cc). Une décision est sans nul doute erronée non seulement lorsqu'elle a été prise sur la base de règles de droit non correctes ou inappropriées, mais aussi lorsque des dispositions importantes n'ont pas été appliquées ou l'ont été de manière inappropriée (DTA 1996/97 no 28 p. 158 consid. 3c). A l'inverse, une inexactitude manifeste ne saurait être admise lorsque l'octroi de la prestation dépend de conditions matérielles dont l'examen suppose un pouvoir d'appréciation, quant à certains de leurs aspects ou de leurs éléments, et que la décision paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit de l'époque (arrêt du TFA en la cause P. du 14 août 2003 [I 790/01], consid. 3).

5. a) En l'espèce, la décision initiale d'octroi de rente du 12 novembre 2003 reposait sur les avis médicaux des Drs B_____, F_____ et G_____.

Ainsi que le font remarquer les experts judiciaires, tous les médecins s'étant exprimé depuis 1999 - à l'exception de ceux du CEMed - ont retenu de manière unanime et convergente, avec des variations minimales, les diagnostics d'état dépressif (moyen ou sévère), de douleurs somatoformes et de migraines. Tous ont considéré l'assurée comme incapable de travailler (Dr C_____, Dr D_____), ou seulement à un petit pourcentage dans un travail léger (50% pour le Dr G_____, 1-2 heures par jour pour les Drs B_____ et F_____).

b) Au moment de la suppression de rente litigieuse, force est de constater que le tableau clinique présenté par la recourante ne diffère pas fondamentalement de celui présenté à l'époque de son octroi. Au contraire, il semble même s'être quelque peu péjoré avec la mention d'une nouvelle atteinte (tendinopathie du sus-épineux de l'épaule gauche depuis 2009)

Sur le plan psychique non plus, aucune amélioration n'a été constatée par les médecins - en dehors de ceux du CEMed. La Dresse I_____ exclut toute évolution positive, tout comme les Drs H_____ (qui parle d'état dépressif sévère) et O_____ (qui conclut à une totale incapacité d'un point de vue psychique et souligne que le tableau clinique dressé par les experts du CEMed ne correspond pas à ses constatations).

Sur le plan strictement psychiatrique, force est de constater que les conclusions des experts judiciaires - dont le rapport remplit tous les réquisits posés par la jurisprudence - rejoignent celles de la Dresse F_____ et du psychiatre traitant : les symptômes manifestés et rapportés par l'assurée forment un tableau clinique correspondant à un état dépressif de degré de gravité moyenne, de nature chronique

et résistant aux traitements pharmacologiques. Contrairement aux experts du CEMed, mais en accord avec les premiers experts et le Dr O_____, les experts judiciaires ont retenu le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant. Ils ont expliqué que les douleurs musculo-tendino-articulaires et les migraines pérennisaient la dépression et jouaient un rôle prépondérant dans la diminution de la capacité de travail. Quant aux troubles décrits par le diagnostic « majoration de symptômes physiques pour raisons psychologiques », ils réduisent les capacités d'adaptation de l'intéressée.

Ces conclusions apparaissent d'autant plus convaincantes qu'elles sont rigoureusement étayées par des explications circonstanciées. Les experts exposent notamment les raisons pour lesquelles ils s'écartent de l'opinion des experts du CEMed qui, en 2009, et contrairement à tous les autres médecins -, ont estimé que l'état de l'assurée s'était amélioré depuis 1999, tout en admettant déjà alors qu'il ne s'agissait peut-être que d'une divergence d'appréciation.

On ne voit pas en quoi le fait que la liste des plaintes de l'assurée - d'ailleurs expressément requise par la jurisprudence - ait été dressée dans l'anamnèse par l'expert neurologue ôterait de la valeur à l'expertise judiciaire.

Quant au fait que l'expert ait décrit l'assurée comme parfaitement orientée, alors qu'elle avait dit ne pas se souvenir de certains éléments, il n'apparaît pas non plus de nature à jeter le doute sur les conclusions de l'expert neurologue.

De même, seul importe qu'un consilium ait eu lieu entre les spécialistes. Peu importe à cet égard qu'un certain laps de temps - au demeurant peu important - se soit écoulé depuis les expertises spécialisées.

Enfin, le fait que l'expert neurologue ait conclu à une incapacité de travail de 50% n'apparaît pas contradictoire avec l'existence d'une majoration des symptômes puisque l'expert l'évoque, ce qui permet d'en conclure qu'il en a tenu compte dans son évaluation.

Quant aux conditions permettant d'admettre le caractère invalidant du trouble somatoforme, les experts ont clairement expliqué les raisons pour lesquelles ils les ont considérées comme réalisées.

Il convient dès lors de retenir que la migraine, les douleurs somatoformes et la dépression sont toutes des processus maladiques s'étendant sur plusieurs années et sans rémission durable.

S'agissant des douleurs musculo-tendino-articulaires, la durée des traitements physiques et pharmacologiques (près de quinze ans) et la multitude des substances prescrites ont conduit les experts à admettre l'échec des traitements conformes aux règles de l'art. Les migraines, elles, sont apparemment réfractaires aux thérapies, mais tous les traitements n'ont pas été essayés. Quant à l'état dépressif, plusieurs médicaments prescrits ont été abandonnés du fait de l'absence de bénéfice thérapeutique ou en raison d'effets indésirables. L'essai contrôlé d'autres

antidépresseurs pourrait être tenté, mais l'évolution et la nature du syndrome dépressif n'incitent pas, selon les experts, à l'optimisme.

Les experts ont considéré que l'état psychique de l'assurée pouvait être qualifié de cristallisé puisque son activité mentale est totalement envahie par la douleur, aboutissant à une forme sévère de régression comportementale, de repli sur soi et de retrait social.

Quant à la perte d'intégration sociale, elle a également été reconnue, étant expliqué que l'état clinique de l'assurée la confine à son domicile et entraîne de facto une limitation de ses rapports sociaux qui se bornent à quelques rencontres avec des amis et/ou des voisines, même si elle bénéficie d'un bon soutien familial.

Il a été relevé que les capacités volitives étaient fortement réduites par les troubles neurologiques et psychiatriques, de sorte que l'assurée n'était à l'évidence pas capable de fournir l'effort suffisant pour surmonter ses douleurs et réintégrer le monde du travail.

On relèvera encore que la gravité du trouble psychique est corroborée par l'exclusion de la recourante de la consultation de la douleur au motif qu'elle n'avait pas les ressources pour une thérapie cognitivo-comportementale, d'une part, par les observations des EPI et plus particulièrement du Dr N_____, d'autre part, qui mettait déjà en doute les conclusions des experts du CEMed sur le plan psychique et préconisait une nouvelle évaluation au vu de ses propres observations.

c) Dans ces circonstances, force est de constater qu'il n'existe pas de modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA et de la jurisprudence y relative citée ci-avant autorisant une révision du droit à la rente. Seule l'appréciation médicale diffère entre le moment de l'octroi de la rente et celui de la révision (on notera au passage que seuls les médecins du CEMed font état de conclusions nouvelles à ce propos, en soulignant d'ailleurs eux-mêmes qu'il est possible que cela ne consiste qu'en une divergence d'appréciation). Or, il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas ; un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit ressortir clairement du dossier (p. ex. arrêt du TFA P. du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : Urs MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss).

6. a) Aucun motif de révision n'entrant en ligne de compte dans le cas particulier, il convient d'examiner si la décision de suppression de rente peut être entérinée pour le motif substitué que la décision initiale (du 6 septembre 2003) est manifestement erronée et que sa rectification revêt une importance notable.

b) Dans un arrêt non publié du 13 août 2003, en la cause I 790/01, le Tribunal fédéral des assurances (TFA) a jugé que l'office de l'assurance-invalidité, qui disposait d'avis médicaux contradictoires, avait pris une décision d'octroi de rente

manifestement erronée. L'administration s'était contentée de statuer à la lumière de l'appréciation d'un des médecins, alors qu'il lui eut préalablement incombé d'élucider la divergence entre les deux certificats médicaux en ordonnant une expertise médicale. Ainsi, le dossier avait été insuffisamment instruit et la décision découlant de cette instruction lacunaire apparaissait manifestement erronée.

Dans un ATFA non publié du 4 juillet 2003, en la cause I 703/02, le TFA a estimé que l'office de l'assurance-invalidité, en présence d'un seul avis médical émanant du médecin traitant, avait certes procédé à une instruction lacunaire, mais sa décision, basée sur un rapport médical clair, n'apparaissait pas manifestement erronée. Le TFA a notamment relevé : « Comme le seul avis médical au dossier émane du médecin traitant de S., il aurait sans doute été opportun de soumettre le prénommé, au terme de son stage de réadaptation, à un examen médical circonstancié auprès d'un médecin indépendant. L'office de l'assurance-invalidité y a renoncé, sans que l'on puisse toutefois considérer que l'instruction menée était lacunaire à tel point qu'il n'ait pas satisfait à ses obligations légales en la matière (art. 57 LAI et 69 du règlement sur l'assurance-invalidité - RAI). Or, s'il apparaît ultérieurement, à la suite d'une nouvelle analyse de la situation, que l'appréciation médicale du cas à l'époque était critiquable, cela ne rend pas pour autant la décision prise sur cette base comme étant manifestement erronée ».

En l'occurrence, la décision intervenue en septembre 2003 se fonde sur le rapport du médecin traitant mais également sur deux expertises spécialisées, concluant à une incapacité de travail de 50% sur le plan somatique et de 70% sur le plan psychique. On ne saurait dès lors considérer la décision de l'OAI, basée sur un dossier médical fourni, comme manifestement erronée.

Une fois encore, il apparaît que la nouvelle décision de l'OAI n'est en réalité qu'une nouvelle appréciation de la situation, ce qui ne saurait constituer un motif valable de reconsidération, ainsi que cela ressort de la jurisprudence rappelée supra.

7. Il suit de ce qui précède qu'en l'absence d'un motif de révision ou de reconsidération de la décision du 13 novembre 2003, c'est à tort que l'intimé a supprimé la rente accordée à l'assurée.

Le recours doit donc être admis et la décision attaquée annulée, l'intéressée ayant droit à la poursuite du versement de sa rente entière d'invalidité.

La procédure n'est pas gratuite (art. 69 al. 1bis LAI). L'intimé, qui succombe, en supportera les frais, fixés en l'espèce à CHF 800.-, et versera à la recourante la somme de CHF 5'000.- à titre de participation à ses dépens.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 6 septembre 2010.
4. Dit que la recourante a droit à une rente entière au-delà du 30 octobre 2010.
5. Renvoie la cause à l'intimé pour calcul des prestations dues.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 5'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de CHF 800.- à la charge de l'intimé.
8. 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

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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