

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3547/2010

ATAS/1187/2011

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 30 novembre 2011

4^{ème} Chambre

En la cause

Madame H_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Michael RUDERMANN

recourante

contre

OFFICE DE L'ASSURANCE-INVALIDITE DU CANTON DE
GENEVE, sis rue de Lyon 97, 1203 Genève

intimé

**Siégeant : Juliana BALDE, Présidente; Christine LUZZATTO et Dana DOEDEA,
Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame H_____ (ci-après l'assurée ou la recourante), née en 1948, a travaillé en qualité d'infirmière jusqu'au 5 octobre 1985, date à laquelle elle a été victime d'un accident de la circulation, à la suite duquel elle a été en incapacité totale de travail. Une tentative de reprise de son activité d'infirmière à 50 % s'est soldée par un échec.
2. Selon le rapport d'expertise établi en date du 11 novembre 1986 par le Dr L_____, spécialiste FMH en chirurgie et orthopédie, à l'attention de l'assureur-accidents, l'assurée souffrait d'une « distorsion cervicale affectant probablement la charnière atlanto-occipitale, du côté droit, accompagnée d'un syndrome cervical gauche débordant à l'occasion sur une polyinsertionite à localisations multiples, scapulaires, dorsales, lombaires ». L'expert a conclu à une incapacité de travail totale, et ce jusqu'à ce qu'il puisse être proposé à l'assurée une activité dans le cadre de ses compétences, sans transports automobiles de longue durée, ni horaires irréguliers ou efforts physiques particuliers. Il a évalué l'atteinte durable à la capacité de gain à 25-30% et l'atteinte à l'intégrité à 15%. Dans un rapport ultérieur, l'expert a fait état de troubles somatiques et psychogènes.
3. Le 3 novembre 1986, l'assurée a déposé une demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après OAI) visant à l'octroi d'une mesure de rééducation dans la même profession.
4. Par décision du 1^{er} septembre 1988, l'OAI a mis l'assurée au bénéfice d'une rente entière d'invalidité pour une durée indéterminée.
5. Lors de révisions subséquentes, l'OAI, par communications des 9 mai 1990 et 28 juin 1993, a maintenu la rente entière d'invalidité de l'assurée, et ce, suite aux rapports médicaux du Dr M_____, spécialiste FMH en médecine interne et médecin traitant de l'assurée, qui avait notamment diagnostiqué un status après traumatisme de la colonne cervicale, une polyinsertionite, une obésité ou encore des troubles névrotiques et qui avait considéré l'assurée comme étant en totale incapacité de travail.
6. Suite à une reprise de l'activité d'infirmière à 50 % dès le 1^{er} mars 1996 auprès de la FONDATION X_____, l'OAI, par décision du 1^{er} juillet 1996, a réduit la rente entière à une demi-rente d'invalidité à partir du 1^{er} août 1996.
7. Par demande du 15 juin 1998, l'assurée a requis d'être mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité, attendu qu'elle souffrait d'une fibromyalgie et qu'elle était, depuis le 13 avril 1998, dans l'impossibilité tant physiquement que psychologiquement de travailler à 50%.

8. Dans un rapport du 20 novembre 1998, la Dresse N_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a notamment posé les diagnostics de fibromyalgie depuis juin 1988, d'état dépressif sévère, de status post-discotomie L4-L5 avec sciatalgies persistantes ainsi que de status asthmatique. La capacité de travail de l'assurée était nulle depuis le 13 avril 1998 pour une durée indéterminée.
9. Le 12 janvier 1999, la Dresse O_____, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, a retenu des polyarthralgies non inflammatoires secondaires à une fibromyalgie, des lombalgies chroniques avec sciatalgies droites, un status post-discectomie L4-L5, des cervicalgies chroniques secondaires à l'accident d'octobre 1985, des gonalgies droites intermittentes secondaires à une lésion du ménisque externe et un état dépressif traité. Elle a indiqué qu'elle avait vu l'assurée pour la dernière fois en juillet 1998 et qu'elle était alors en totale incapacité de travail.
10. Par rapport du 31 mars 1999 de la Dresse P_____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics de fibromyalgie, d'asthme, d'obésité, de diverticulose sigmoïde, d'insuffisance veineuse périphérique, et d'état dépressif fluctuant. L'incapacité de travail était totale.
11. A nouveau interrogée par l'OAI, la Dresse Q_____ a précisé, le 20 mai 2002, que l'état de santé de l'assurée s'était globalement amélioré en ce qui concerne son état thymique, l'humeur étant plus stable, dynamique et moins dépressive. Les diagnostics de fibromyalgie et d'atteinte dégénérative algique du rachis lombosacré avaient une influence sur sa capacité de travail. Les diagnostics d'obésité, de sinusites à répétition avec une composante asthmatique et de diverticulose sigmoïde étaient également posés. Par ailleurs, l'assurée était traitée pour une atteinte ligamentaire du genou gauche avec arrachement. Elle souhaitait reprendre une activité à 50% en tant qu'infirmière, activité qui n'impliquait aucun effort. Le médecin a conclu que l'assurée ne pouvait pas encore entreprendre ce projet, mais que sa capacité de travail devait être réévaluée dans six mois à une année, soit après que le problème ostéoarticulaire (atteinte ligamentaire) se soit réglé et que l'assurée ait perdu du poids de manière significative.
12. A l'issue de l'instruction, l'OAI, par décision du 23 août 2002, a alloué à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 1998.
13. A la demande expresse de la Clinique de Joli-Mont, l'OAI, par courrier du 12 avril 2005, a donné son accord à l'engagement de l'assurée à 50% en tant qu'aide soignante auxiliaire du 14 avril 2005 au 30 juin 2005, considérant qu'il était logique et adéquat que l'assurée reprenne une activité lucrative, et a ouvert une procédure de révision. L'assurée a souligné qu'elle souhaitait travailler afin que son état de santé psychique puisse s'améliorer malgré ses douleurs physiques.

14. Dans un rapport du 9 mai 2005, le Dr S _____, spécialiste FMH en médecine générale, a posé les diagnostics de névralgie d'Arnold, de contusion cervicale avec luxation L4-L5, d'hernie discale L5-S1, de réduction du champ visuel ainsi que de polyinsertionite. Les autres diagnostics étaient une arthroscopie du genou droit en avril 2002, une obésité morbide de degré 3 par by-pass gastrique, une tuberculose guérie, un état dépressif majeur et de l'asthme. L'état de santé était stationnaire et la capacité de travail était nulle, selon lui, de mai 1998 au 13 avril 2005 et de 50% dès le 14 avril 2005, mais ce à titre provisoire. Il a indiqué que l'assurée devait travailler afin que son état de santé psychique puisse s'améliorer et que la diminution de rendement se justifiait en raison de ses douleurs.
15. Par rapport du 30 mai 2005, un médecin du Département de psychiatrie des Hôpitaux Universitaires de Genève (HUG) a relevé suivre l'assurée depuis environ deux ans suite à l'opération de by-pass gastrique. Il n'a pas retenu de diagnostics ayant des répercussions sur la capacité de travail, mais a cependant relevé que l'assurée souffrait notamment d'un état dépressif persistant en rémission. Le médecin a noté la présence d'un conflit conjugal et de variations thymiques, d'un excès pondéral constituant vraisemblablement un élément du syndrome douloureux, de troubles du sommeil et de séquelles douloureuses de ses divers traumatismes physiques. L'état psychique de l'assurée pouvait influencer la recrudescence de ses douleurs, mais ce sont essentiellement les affections physiques qui entraînaient une incapacité de travail chez l'assurée. Bien que la reprise d'une activité professionnelle pouvait avoir un effet équilibrant sur l'état psychique de l'assurée, elle était susceptible de se solder par un échec à long terme.
16. Le 17 juin 2005, la Clinique de Joli-Mont a informé l'OAI de ce que le contrat d'auxiliaire de l'assurée à 50% était prolongé jusqu'au 31 août 2005.
17. Par avis du 21 juin 2005, le Dr R _____, médecin au Service médical régional AI (ci-après SMR) a noté que si l'assurée pouvait travailler pendant trois mois en tant qu'aide-soignante, elle pouvait aussi exercer une activité à 50% en qualité d'infirmière durant toute l'année.
18. A la demande de l'OAI, le Dr S _____ a indiqué en date du 21 juin 2005 que les problèmes du genou gauche ainsi que les apnées du sommeil persistaient et que l'atteinte du champ visuel était stationnaire.
19. Par courrier du 23 juin 2005, la Clinique de Joli-Mont a transmis à l'OAI les plannings horaires des mois d'avril à juin 2005 et l'a informé de ce que la prolongation du contrat de l'assurée avait été annulée, celle-ci ne pouvant pas travailler durant le mois d'août 2005, car elle devait subir une intervention chirurgicale. Au mois d'avril 2005, l'assurée a travaillé treize jours, dont huit heures par jour durant onze jours (93.45 heures). Durant le mois de mai 2005,

l'assurée a effectué sept nuits complètes (92.03 heures) et au mois de juin 2005, cinq nuits (65.45 heures).

20. Par courrier du 2 novembre 2005, l'assurée a informé l'OAI de ce qu'elle était gênée quotidiennement par l'atteinte de son champ visuel, entraînant souvent des chutes, mais que cela ne l'empêchait pas de travailler dans sa profession d'infirmière.
21. Par décision du 12 décembre 2005, l'OAI a réduit la rente entière d'invalidité de l'assurée à une demi-rente à partir du 1^{er} février 2006.
22. Le 20 décembre 2005, l'assurée a formé opposition, estimant que son degré d'invalidité était resté supérieur à 75%. Dans son écriture complémentaire du 24 janvier 2006, elle a indiqué que son état de santé ne s'était pas amélioré. En effet, outre la fibromyalgie, elle souffrait notamment de pertes de mémoire (perte d'objets, problèmes de langage), de déficience de l'équilibre avec chutes, de réduction importante du champ visuel, d'épanchement de synovie, d'une hernie discale avec sciatalgies chroniques, de manque de concentration en raison de ses troubles du sommeil ainsi que d'un état dépressif. De plus, elle devait subir une chirurgie réparatrice et reconstructive suite à l'intervention chirurgicale avec éventration. L'assurée considérait ainsi ne plus du tout être en mesure de travailler. A titre subsidiaire, elle a remarqué qu'elle ne pouvait entreprendre d'activité lucrative sans avoir été mise au bénéfice de mesures professionnelles, attendu qu'elle avait perdu son droit de pratiquer en tant qu'infirmière. Enfin, par courrier du 31 janvier 2006, elle a rappelé qu'en l'absence d'amélioration significative de son état de santé, les critères tendant à la révision de sa rente d'invalidité n'étaient pas remplis, de sorte que la décision du 12 décembre 2005 devait être annulée.
23. L'OAI a décidé de procéder à une expertise médicale et a mandaté le Centre d'expertises médicales - Policlinique médicale universitaire (ci-après CEM-PMU) de Lausanne à et effet.
24. Le CEM-PMU a rendu son rapport d'expertise en date du 31 août 2006. L'assurée a notamment été examinée par la Dresse T_____, psychiatre, le 4 mai 2006 et par le Dr U_____, spécialiste en médecine interne et en rhumatologie, le 10 mai 2006. Les conclusions ont été discutées dans le cadre d'un colloque de synthèse multidisciplinaire par les Drs T_____, AE_____, spécialistes FMH en médecine interne, et AF_____, spécialiste FMH en neurologie.

Suite à l'énoncé des motifs qui ont conduit à l'expertise et à un rappel du contenu des pièces du dossier, les experts ont procédé à une anamnèse familiale, personnelle, médicale, psychosociale et professionnelle. Après avoir décrit les activités habituelles et le déroulement des journées de l'assurée, ils ont relevé qu'elle est entourée par son mari, ses deux filles, ses parents et des amis de longue date qu'elle voit régulièrement. L'assurée a indiqué avoir arrêté de travailler à la

Clinique de Joli-Mont en juin 2005 en raison de douleurs rachidiennes diffuses avec blocage musculaire douloureux. Puis, en date du 12 juillet 2005, elle a été opérée à deux reprises pour éviscération post opératoire de by-pass gastrique, associée à une abdominoplastie compliquée d'une hémorragie massive et a dû bénéficier de soins infirmiers à domicile et d'aides à domicile jusqu'au mois de septembre 2005. L'assurée a également relevé avoir obtenu un diplôme d'acupuncture chinoise délivré en 1987, métier qu'elle a exercé par brèves périodes.

Les experts ont relaté les plaintes de l'assurée, qui étaient nombreuses, notamment relatives à des lombalgies et cervicalgies, une obésité morbide, des troubles dépressifs ou encore des pertes d'équilibre avec chutes. Quant aux constatations objectives, les experts ont noté que son discours était sans contradictions avec une tendance à la digression. De plus, l'assurée a démontré un important inconfort durant tout l'entretien avec de fréquents changements de positions et une partie de l'entretien a été faite en décubitus (position couchée). Quant à la station debout, elle était stable et il existait une discrète instabilité à la marche.

Sur le plan psychiatrique, la Dresse T _____ et le Dr W _____ ont diagnostiqué un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, en rémission partielle (F33.2), ces deux diagnostics ayant une influence sur la capacité de travail de l'assurée. Les médecins ont notamment indiqué que le deuxième épisode dépressif sévère, qui témoignait de la diminution indéniable de ses capacités adaptatives, était en rémission partielle, avec notamment une disparition de l'idéation suicidaire et une amélioration au niveau de la thymie. Il s'agissait, selon eux, d'une situation cristallisée du point de vue psychiatrique, attendu que l'assurée présentait un trouble somatoforme douloureux, trouble qui ne s'était pas modifié depuis son apparition en 1985 malgré les nombreux traitements tentés, ce à quoi se rajoutait une problématique thymique caractérisée par deux épisodes dépressifs sévères limités dans le temps. Ils considéraient ainsi cette pathologie thymique comme une pathologie à part entière bien distincte du trouble somatoforme douloureux, dont elle constituait une comorbidité.

Sur le plan psychique uniquement, les experts ont considéré que l'assurée avait besoin d'un cadre adapté, dans lequel elle se sente à l'aise, en rapport avec sa formation d'infirmière ou dans le domaine de la santé avec possibilité d'adapter ses horaires en fonction de ses limitations physiques et d'exercer une activité revalorisante.

Par ailleurs, d'un point de vue rhumatologique, l'assurée souffrait d'un syndrome polyalgique idiopathique diffus avec cervico-lombalgies chroniques et spondylarthrose C5-C6, C6-C7, L4-L5 et L5-S1. Les limitations étaient, selon le Dr U _____, spécialiste FMH en médecine interne et en rhumatologie, essentiellement algiques, et non explicables selon un modèle biomédical

uniquement. En tenant compte des troubles dégénératifs, les limitations fonctionnelles fixées étaient les travaux nécessitant des mouvements en flexion antérieure ou nécessitant un maintien en position antérieure du tronc, les travaux nécessitant le port de charges supérieures à 10 kg, la marche à la descente, les travaux accroupis ou encore les travaux à la chaîne. En tant qu'aide-infirmière, la capacité de travail était, selon le médecin, entière dans le cadre de travaux légers. L'assurée ne devait pas maintenir des positions statiques assises et/ou debout prolongées de manière continue en particulier les positions assises de plus d'une heure sans possibilité de pouvoir varier brièvement la position et ne devait plus s'occuper de patients grabataires ou nécessitant de l'aide pour se déplacer.

Suite au colloque multidisciplinaire, les experts ont, outre les diagnostics posés par les psychiatres, retenu ceux de cervico-lombo-sciatalgies droites et cures de hernie discale L4-L5 (M54.80) et d'éventration de la ligne médiane avec abdominoplastie sur cicatrice de by-pass gastrique. Quant aux diagnostics n'ayant pas de répercussion sur la capacité de travail, il s'agissait d'une obésité de classe 1 (E66), d'une insuffisance thyroïdienne substituée (E03.9), d'asthme (J45), d'allergie aux pollens (J30.1) et de chondropathie rotulienne droite (M22). Les experts ont considéré que l'activité d'aide-infirmière était physiquement lourde et que les soins que l'assurée avait donnés à des personnes grabataires ou fortement dépendantes étaient probablement à l'origine de la récurrence des lombalgies et de l'éventration sur la cicatrice de l'opération abdominale (by-pass gastrique). De plus, ses antécédents de lombo-sciatalgies droites et la cure de hernie discale L4-L5 constituaient également, selon les médecins, un terrain fragilisant et risquaient de provoquer chez l'assurée de nouveaux troubles douloureux dans la région lombaire.

Les experts ont conclu que d'un point de vue strictement rhumatologique, une activité d'aide-infirmière était envisageable à 80% et qu'une activité à 100% pouvait être envisagée dans un travail adapté avec éviction du port de charges. Ils ont expliqué que le trouble dépressif récurrent était en amélioration suite à une rechute, fin 2005, dans un contexte d'échec de la reprise de l'activité professionnelle. Cependant, la fragilité de l'assurée d'un point de vue psychiatrique avec l'apparition d'un syndrome somatoforme douloureux ont conduit les médecins à diminuer la capacité de travail exigible, et ce même dans une activité adaptée. Les experts ont ainsi considéré que l'assurée avait une capacité de travail réduite à 60% dès le 14 avril 2005 dans un poste mieux adapté que celui d'aide-infirmière, emploi a priori plus lourd que celui d'infirmière. Il leur semblait adéquat de proposer une formation complémentaire afin qu'elle puisse réacquiescer son diplôme d'infirmière, diplôme devant lui permettre de trouver une activité adaptée, par exemple en tant qu'infirmière scolaire, infirmière de recherche ou éventuellement en tant qu'assistante médicale.

25. Par avis du 7 novembre 2006, le SMR, sous la plume du Dr R_____, a relevé que le trouble somatoforme douloureux n'était pas invalidant, de sorte que la

capacité de travail devait être fixée à 70% au moins. L'activité d'aide-soignante étant trop pénible, celle d'infirmière conviendrait mieux et celle d'assistante médicale pouvait également être envisagée.

26. En avril 2007, l'assurée a commis un nouveau tentamen médicamenteux.
27. Par rapport du 4 mai 2007, le service de réadaptation professionnelle de l'OAI a, suite à l'entrevue avec l'assurée en janvier 2007, indiqué que cette dernière était convaincue de ne pas pouvoir et de ne pas vouloir reprendre une activité professionnelle quelle qu'elle soit, au vu notamment de ses diverses atteintes à la santé et de son dernier échec de reprise d'activité professionnelle, à la suite duquel elle a dû subir une opération qui a eu pour conséquence une impossibilité de se déplacer pendant plusieurs mois ainsi qu'une dépression. Le service a soutenu que l'assurée avait une capacité de travail de 60% dans l'activité habituelle d'infirmière et qu'elle pouvait notamment travailler tant en milieu public que privé comme par exemple dans les soins à domicile, les cliniques, dans une consultation pour enfants ou adolescents, dans un centre de soins ambulatoires ou résidentiels ou encore dans un centre de soins socio-éducatifs ou dans un cabinet médical, toutefois, un poste en milieu psychiatrique n'était pas indiqué en raison de son atteinte psychique. Cette atteinte n'était, selon le service, pas un frein à l'exercice du métier d'infirmière, ce métier prenant en considération ses limitations fonctionnelles. L'activité d'assistante médicale n'était, quant à elle, pas préconisée dans la mesure où la formation pour y parvenir était plus longue que celle tendant à la récupération du droit de pratique d'infirmière et que le salaire était beaucoup moins élevé que celui d'infirmière. Le service ne pouvait toutefois pas envisager que l'assurée entreprenne les cours pour récupérer son droit de pratique en tant qu'infirmière, attendu qu'elle ne souhaitait pas participer activement à cette mesure.

Pour ce qui était de son degré d'invalidité, il se confondait avec celui de son taux d'activité, dans la mesure où sa capacité de travail était de 60% dans l'activité précédemment exercée d'infirmière.

28. Par courrier du 11 juillet 2007 notifié au mandataire de l'assurée, l'OAI a retenu que l'état de santé de l'assurée avait évolué de manière favorable et que sa capacité de travail était de 60% dans l'activité précédemment exercée d'infirmière. Il l'a ainsi informée que seul un quart de rente pouvait lui être accordé, de sorte qu'une reformatio in pejus était envisagée. L'OAI a invité l'assurée à retirer son opposition d'ici le 15 août 2007.
29. Sans réponse de l'assurée, l'OAI a, par décision du 26 septembre 2007, rejeté l'opposition et réduit la rente entière de l'assurée à un quart de rente dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision.
30. Par acte du 29 octobre 2007, l'assurée, par l'intermédiaire de son mandataire, a interjeté recours auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales (ci-après

TCAS), alors compétent, concluant à titre principal à ce qu'une rente entière lui soit versée. Elle a contesté que son état de santé se soit amélioré et soutenu qu'il s'était, au contraire, péjoré. Elle a produit notamment dans le cadre de son recours un courrier du 22 octobre 2007 du Dr A_____, spécialiste FMH en neurologie, lequel indique que l'assurée souffre de troubles de l'équilibre avec chutes fréquentes, de sorte qu'il retient le diagnostic d'insuffisance vertébro-basilaire, qui n'a cependant pas été objectivé lors du dernier examen échographique. De plus, il note également la présence d'un syndrome d'apnées du sommeil objectivé ainsi que des troubles neuropsychologiques, soit notamment des troubles de mémoire légers et des troubles de l'attention. Ce médecin souhaite que l'assurée soit hospitalisée pour que le diagnostic étiologique puisse être précisé.

31. Par courrier du 30 novembre 2007, la Dresse B_____, spécialiste FMH en médecine générale et rééducation, a indiqué que l'assurée souffrait de cervicalgies et de lombalgies chroniques non déficitaires dans un contexte de troubles dégénératifs étagés et, sur le plan psychique, de dépression majeure, sous traitement, de troubles somatoformes douloureux et de troubles de l'équilibre avec chutes, dans un contexte de possibles séquelles d'une atteinte vestibulaire périphérique ancienne. Par ailleurs, elle a précisé que la dernière tentative de travail en 2005 avait été un échec et qu'elle avait eu pour conséquence une cure d'événtration abdominale et un nouvel épisode de décompensation sur le plan psychiatrique, de sorte qu'elle considérait qu'il n'était pas exigible de l'assurée qu'elle reprenne réellement son travail depuis le mois d'avril 2005. Contrairement à ce que l'expertise médicale indiquait, l'assurée, n'avait, selon le médecin, nullement exercé une activité en tant que veilleuse à 50%, mais à un pourcentage moindre. De plus, l'assurée présentait de nombreuses allergies à des produits de nettoyage médicaux, circonstances que les experts auraient dû prendre en considération dans le cadre de l'éventuelle reprise d'une activité en milieu hospitalier. Quant aux limitations fonctionnelles décrites dans l'expertise, elles excluaient, selon la Dresse B_____, de manière totale l'activité d'aide infirmière ainsi que 70% des activités d'une infirmière. Elle a relevé que l'activité d'infirmière se prêtait mal à une adaptation ergonomique comme préconisé dans l'expertise. Cette adaptation ne serait possible que dans un poste à responsabilité comportant essentiellement du travail administratif. Or, l'assurée n'était pas capable d'assumer un tel poste. Il ressort enfin de l'avis médical que l'assurée rencontrait des difficultés conjugales et qu'elle ne recevait pas d'aide de son mari dans le cadre des tâches ménagères.
32. Par écriture complémentaire du 20 décembre 2007, l'assurée a reconnu que son deuxième épisode dépressif majeur à la fin de l'année 2005 s'était certes amélioré, mais a souligné que son état de santé psychique était identique à celui existant en 2002, de sorte qu'il n'y avait pas eu d'amélioration depuis la décision du 23 août 2002. Au contraire, son état de santé s'était aggravé. A titre subsidiaire, elle a soutenu qu'elle ne pouvait en tout état de cause pas reprendre son activité

d'infirmière ayant perdu son droit de pratique et devant, pour le récupérer, suivre un cours de formation de six mois et effectuer des stages en milieu hospitalier. De plus, selon l'assurée, s'il existait une capacité de gain résiduelle, l'OAI aurait dû indiquer quelle activité serait exigible compte tenu de son handicap et procéder à la comparaison des revenus, dans le cadre de laquelle son âge ainsi que son éloignement de la profession depuis plusieurs années devaient être pris en considération. Elle a ainsi considéré qu'il y avait lieu de procéder à une réduction de 25% de son gain d'invalidé.

33. Par avis du 28 janvier 2008, le SMR a estimé que les événements postérieurs au rapport d'expertise de mai 2006 ne permettaient pas de remettre en cause les conclusions de ce rapport. En effet, certains troubles, comme celui relatif à la cure d'éventration, étaient transitoires. Cependant, il a relevé que d'autres troubles, comme celui relatif à l'équilibre, étaient nouveaux et qu'il y avait lieu de prendre connaissance du rapport de la dernière hospitalisation pour déterminer si ces troubles pouvaient avoir une influence sur la capacité de travail.
34. Dans sa réponse du 5 février 2008, l'OAI a sollicité la production dudit rapport d'hospitalisation, afin d'être en mesure de se prononcer définitivement sur l'état de santé de l'assurée. A défaut, il n'y avait pas lieu de s'écarter du rapport d'expertise qui avait pleine valeur probante.
35. Par courrier du 4 avril 2008, l'assurée a communiqué le rapport du 20 novembre 2007 de la Clinique de neurologie des HUG, où elle avait été hospitalisée en octobre 2007. Les Dr C_____ et D_____ ont posé les diagnostics de troubles de l'équilibre avec chutes, possible séquelle d'une atteinte vestibulaire périphérique ancienne, probable participation somatoforme, cervicalgies et lombalgies chroniques non déficitaires sur troubles dégénératifs et dans le contexte d'un syndrome whiplash en 1985 ainsi que de dépression majeure traitée (avec trois tentamens médicamenteux, le dernier en avril 2007). A l'anamnèse, les médecins ont indiqué que l'assurée s'était notamment plainte d'épisodes de chutes régulières depuis son accident de la route en 1985. En 2006, elle a présenté un épisode de vertiges majeurs qui l'a obligée à rester alitée pendant un mois, vertiges associés à des nausées et des vomissements. Depuis lors, les vertiges étaient moins réguliers, mais les chutes persistaient avec une sensation de tomber en arrière. Les médecins ont, par ailleurs, décrit les résultats des examens effectués et exposé que les troubles de l'équilibre étaient variables et parfois non reproductibles à l'examen clinique en fonction de l'examineur. L'assurée présentait une marche très instable, mais sans chute, et montrait de très bons réflexes de rattrapage au funambule et à la position debout sur un pied. Selon les médecins, l'examen clinique ne démontrait pas de pathologie systématisée, ce qui était confirmé par l'imagerie cérébrale et de la moelle. Enfin, le traitement par patchs morphiniques, mis en place en raison de l'existence d'un important syndrome somatoforme

douloureux accompagné de cervicalgies et de lombalgies chroniques, pouvait contribuer aux troubles de la marche et aux légers troubles cognitifs.

36. Le 6 mai 2008, le SMR a exposé que selon l'examen clinique des HUG, l'intensité des plaintes, soit les nombreuses chutes, ne pouvait être expliquée, de sorte qu'« une tendance à la majoration » ne pouvait être exclue et qu'il y avait lieu de prendre en considération les plaintes de l'assurée avec une attention particulière. Il a estimé qu'il y avait lieu de tenir compte des vertiges occasionnels et d'admettre une baisse de rendement supplémentaire de l'ordre de 10 à 20% de la capacité résiduelle de travail de l'assurée de 50%, et ce depuis le mois d'août 2006, de sorte que sa capacité de travail pouvait dès lors être fixée entre 40 et 45%.
37. Lors de leur consultation du 9 mai 2008, les médecins du Service d'accueil, d'urgences et de liaison psychiatriques des HUG ont diagnostiqué un trouble dépressif majeur récurrent (F33.1) et constaté l'existence d'une labilité émotionnelle, d'une tristesse, d'idée de mort passive, d'idée suicidaire, d'un trouble du sommeil important, de diminution de l'appétit, d'un sentiment de désespoir, de dévalorisation, de fatigue, mais non pas d'anhédonie ni de perte de poids. L'assurée avait des projets, soit divorcer et trouver un nouvel appartement.
38. Par courrier du 19 mai 2008, les médecins du Service de Médecine Interne et de Réhabilitation de Beau-Séjour (HUG) ont attesté de l'hospitalisation de l'assurée du 6 au 16 mai 2008 dans le contexte d'une aggravation de son état dépressif (tentamen médicamenteux en avril 2007) et de douleurs généralisées non spécifiées, douleurs prédominantes au niveau du rachis (troubles dégénératifs) et du genou (gonarthrose).
39. Par écriture du 22 mai 2008, l'OAI a, sur la base de l'avis du 6 mai 2008 du Dr R_____, conclu à l'admission partielle du recours et au renvoi du dossier pour calcul du taux d'invalidité et nouvelle décision.
40. Le 25 août 2008, l'assurée a persisté dans ses conclusions principales et demandé à titre subsidiaire qu'une expertise judiciaire soit mise en œuvre. Elle a soutenu que le rapport d'expertise du 31 août 2006 n'avait pas valeur probante, qu'il y avait lieu de suivre les avis de ses médecins traitants, unanimes à considérer qu'au vu de son état de santé physique et psychique, elle n'avait jamais recouvré une capacité même partielle de travail significative, de sorte que les conditions de la révision n'étaient pas réalisées. Elle a produit à cet égard :
 - un rapport du 21 juillet 2008 du Dr A_____, spécialiste FMH en neurologie, qui a indiqué n'avoir pas vu l'assurée depuis 2007 et l'avoir suivie pour des troubles post-traumatiques, soit notamment pour d'importants troubles de l'équilibre avec chutes fréquentes, une insécurité à la marche, une fatigue importante ainsi que des troubles neuropsychologiques avec mémoire déficiente et troubles de l'attention. Il a retenu les mêmes diagnostics que les HUG en novembre

2007. Il a enfin précisé que l'ensemble des troubles dont souffrait l'assurée permettait de retenir probablement une incapacité de travail entière et a supposé que tel avait également été le cas depuis août 2006, au vu de l'aggravation de son état de santé depuis 2005 ;

- un rapport du 25 juillet 2008, dans le cadre duquel la Dresse B_____ a posé les diagnostics de lombalgies chroniques, de douleurs généralisées non spécifiques et de troubles dépressifs récurrents. En août 2006, l'assurée était, selon le médecin, en incapacité totale de travailler en tant qu'infirmière et aide-infirmière, cependant, une activité légère de substitution aurait pu être envisagée à 50%. En 2007, l'incapacité de travail était en revanche totale dans toutes les activités en raison de l'état dépressif et des douleurs lombaires dont l'intensité était de plus en plus importante. Le médecin a considéré que la capacité de travail de l'assurée était nulle dans la profession d'infirmière depuis des années, en raison de douleurs dorsales, de l'état dépressif récurrent et en raison du fait que cette profession était très exigeante tant d'un point de vue physique que psychique. De plus, une « activité de substitution » n'était pas non plus envisageable, les épisodes de rémission ne dépassant pas trois mois et les épisodes de vertige et les chutes devant également être pris en considération ;

- un rapport du 31 juillet 2008 de la Dresse E_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, qui a relevé suivre l'assurée depuis mai 2008 pour un trouble dépressif récurrent et une dépendance avec abus de benzodiazépines (somnifères). Selon le médecin, l'évolution sur le plan thymique était très défavorable, l'assurée étant toujours déprimée, polyplaintive au niveau physique et les troubles du sommeil étant toujours importants. Une amplification des plaintes physiques en lien avec la dépression lui paraissait hautement vraisemblable, toutefois, l'état de santé psychique de l'assurée ne pouvait pas être dissociée de toutes les « comorbidités physiques associées ». Selon le médecin, la capacité de travail de l'assurée était nulle ;

- un rapport du 8 août 2008 dans lequel le Dr A_____ a retenu les diagnostics supplémentaires de troubles de l'équilibre multifactoriels à la fois post-traumatique et orthopédique, de contusion du poignet gauche et de syndrome des jambes sans repos. Il a remarqué que l'assurée présentait des « trous » de mémoire, perdant les objets facilement et se perdant facilement dans l'espace. L'assurée s'était également plainte d'un état hallucinatoire en mai 2008 pour lequel elle avait dû être hospitalisée, de chutes itératives et de « lâchage » de son genou droit.

41. Dans ses avis des 10 septembre et 1^{er} octobre 2008, le SMR a indiqué que l'aggravation de l'état de santé de l'assurée signalée par les médecins traitants ne pouvait pas être prise en considération, qu'elle devait faire l'objet d'une nouvelle demande et a précisé que la baisse de rendement de l'assurée de 10 à 20% en raison des vertiges devait être calculée sur la base d'une capacité de travail de 70% et non

de 50% comme indiqué par erreur dans sa note précédente du 6 mai 2008, de sorte que la capacité de travail de l'assurée était en réalité de 56 à 63% dès avril 2006, date de l'expertise COMAI.

42. Dans son écriture du 3 octobre 2008 et se basant sur les avis précités du SMR, l'OAI a conclu au rejet du recours de l'assurée. Il a relevé que dans le cas d'espèce, il n'y avait pas lieu de procéder à un abattement et qu'il avait, dans sa décision sur opposition du 26 septembre 2007, retenu à tort une capacité de travail de 60% au lieu des 70% fixés par le SMR. Cependant, comme il convenait de tenir compte des vertiges dans l'évaluation de la capacité de travail de l'assurée, celle-ci avait été fixée à 56% et le droit à un quart de rente reconnu à l'assurée. Pour le surplus, l'aggravation de l'état de santé relevée dans le rapport du SMR du 10 septembre 2008 étant survenue postérieurement à sa décision du 26 septembre 2007, le dossier allait être réinstruit à la fin de la procédure de recours.
43. Par arrêt du 17 février 2009 (ATAS/189/2009), le TCAS a annulé les décisions des 12 décembre 2005 et 26 septembre 2007 et a renvoyé la cause à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Dans ses considérants, le TCAS a jugé que le rapport d'expertise du CEM-PMU revêtait pleine valeur probante, dans la mesure où il était motivé et établi sur la base de l'état de santé de l'assurée jusqu'en avril et mai 2006. Il a cependant relevé que l'assurée avait commis un tentamen médicamenteux en avril 2007, soit avant la décision sur opposition du 26 septembre 2007. Il y avait dès lors lieu d'examiner les conséquences que cet événement avait pu avoir sur l'état de santé psychique ainsi que sur la capacité de travail de la recourante. En outre, les troubles de l'équilibre et autres vertiges occasionnels dont il a été tenu compte dans le cadre de la capacité de travail diminuée de 10% à 20% devaient être précisés dans le cadre de l'instruction complémentaire.
44. L'OAI a mandaté le Centre d'Expertise médicale de Genève (CEMED) pour une expertise interdisciplinaire. Le CEMED a rendu son rapport d'expertise en date du 21 septembre 2009, signé par les Drs F_____, médecin-chef, G_____, spécialiste FMH en médecine physique et rééducation - médecine du sport, et la Dresse AA_____, médecin-chef adjoint.

Dans le cadre de l'expertise, l'assurée a fait l'objet d'une évaluation de médecine physique le 5 mai 2009 par le Dr G_____, d'une évaluation psychiatrique du 18 mai 2009 par la Dresse AB_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, d'une évaluation otoneurologique du 27 mai 2009 par le Dr AC_____, spécialiste FMH en oto-rhino-laryngologie, et d'une évaluation neuropsychologique du 15 juin 2009 par Monsieur I_____, psychologue, spécialiste FSP en neuropsychologie et psychothérapie. La quantification finale des limitations de la capacité de travail en termes de présence et de rendement a été

décidée lors d'une conférence de consensus ayant réuni les médecins qui ont participé à l'élaboration de l'expertise.

Le Dr AC_____ a retenu comme seul élément pathologique une épreuve de Romberg perturbée et une marche aveugle sur place quasi-impossible. Certains troubles sont pourtant restés sans explication médicale, notamment quant à la cause des chutes décrites par l'assurée. De ce fait, tout travail qui s'effectuerait en hauteur, sur un plan instable, ou qui demanderait des mouvements répétitifs de la tête ou du corps, entraînerait une limitation en raison des plaintes de vertiges, de troubles de l'équilibre et de chutes à répétition. Aussi, une activité d'infirmière ou d'aide-soignante paraissait, sur le plan otoneurologique, totalement inadaptée au motif que ce type d'activité requérait constamment des mouvements répétitifs de la tête ou du corps, de se pencher et de se relever, bien que le rapport étiologique ne soit pas clair. Par conséquent, aucune amélioration de la capacité de travail au poste occupé jusqu'à présent ne semblait envisageable. En revanche, sur le plan otoneurologique, la patiente était capable d'exercer une profession dans laquelle sa posture serait stable, soit sans mouvements répétitifs. Dans de telles circonstances, sa capacité de travail apparaissait tout à fait bonne.

Selon M. I_____, les tests neuropsychologiques ont mis en évidence un ralentissement persistant, même s'il apparaissait relativement instable puisqu'il y avait des tâches auxquelles l'assurée pouvait répondre de manière suffisamment efficiente, ainsi que des difficultés persistantes en flexibilité et en mémoire de travail. La flexibilité est l'une des composantes du fonctionnement de l'administrateur central en mémoire de travail, de sorte que les deux ordres de problèmes étaient probablement liés. Le ralentissement affectait les activités professionnelles. Le trouble de la flexibilité rendait plus difficile le passage rapide d'une activité à une autre. Les difficultés en mémoire de travail affectaient la capacité à maintenir actives dans un temps donné les informations nécessaires à la conduite d'une action cohérente. Quant à l'activité d'aide-soignante, il y aurait un risque du fait des troubles identifiés, notamment dans la préparation et la distribution de médicaments ou en cas d'urgence des patients, surtout s'il devait y en avoir plusieurs à la fois. Il s'agirait de risques touchant à la sécurité des patients. Une activité adaptée serait une activité où les moyens de contrôle seraient disponibles en continu, tel que des pense-bêtes, et où il ne serait pas exigé de la part de l'assurée des passages trop rapides d'une activité à une autre, telle une activité plus administrative dans le contexte d'un établissement de soins. Par conséquent, une diminution du rendement de 30% pour un plein temps dans une activité d'aide-soignante devait être retenue pour des raisons cognitives, sous réserve des risques que cela comportait à l'égard des patients. Le rendement ne serait pas forcément plus élevé dans une activité de type administrative, en revanche une telle activité serait plus adéquate en termes de sécurité des personnes. Enfin, la recourante bénéficiait des ressources cognitives suffisantes pour bénéficier de mesures de réinsertion et faire de nouveaux apprentissages.

Quant à la psychiatre, elle a diagnostiqué un syndrome douloureux somatoforme persistant (F 45.4) et un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission incomplète, d'une intensité légère à moyenne (F 33.4). Selon l'expert, dès 1996 et lors d'une tentative de réinsertion professionnelle, la patiente a développé une symptomatologie dépressive et a fait des tentatives suicidaires à répétition. Dès cette période, elle a été au bénéfice de soins psychiatriques de manière plutôt intermittente, lesquels n'ont pas abouti à une disparition complète des symptômes psychiques de l'ordre anxieux et dépressifs. Sur le plan psychiatrique, l'intensité de l'épisode dépressif résiduel présent correspondait à une dépression légère à moyenne qui relevait d'une symptomatologie psychiatrique entraînant une capacité de travail résiduelle d'environ 30%. Les influences sur la capacité de travail au plan psychique et mental se traduisaient par une diminution de la capacité d'adaptation et de la mobilisation des ressources psychiques résiduelles, par une identité d'invalidité très fixée et d'une perte de confiance en elle diminuant ainsi sa capacité de travail de 70 à 80%. De ce fait, la Dresse AB_____ a estimé que la recourante n'était plus capable d'effectuer son travail d'infirmière en raison d'un sentiment d'incapacité et d'invalidité, d'un manque de confiance, de fatigabilité, d'un sentiment d'injustice, d'un manque de motivation et au motif du risque de mise en danger d'autres personnes. Au moment de l'expertise, l'incapacité de travail était de 70-80% sur le plan psychique et pouvait être considéré comme définitive.

En définitive, les experts du CEMED ont retenu avec répercussion sur la capacité de travail les diagnostics suivants :

- syndrome douloureux somatoforme persistant (CIM-10: F45.4);
- trouble dépressif récurrent, épisode actuellement en rémission incomplète, d'intensité légère à moyenne (CIM-10: F33.4);
- gonarthrose bilatérale sévère avec chondropathie de grade II à IV et amputation du ménisque interne;
- cervicalgies chroniques sur discopathie avec réaction type Modic II et uncarthrose à l'étage C6-C7;
- lombalgies chroniques sur discopathie avec réaction type Modic II L4-L5 et L5-S1;
- syndrome facettaire L3 et L4 avec épanchement intra-articulaire postérieur et vertiges dans le cadre de séquelles d'une atteinte vestibulaire périphérique ancienne incomplètement compensée avec une probable participation somatoforme.

Les experts ont décrit les limitations liées aux troubles de la recourante. Sur le plan physique, des troubles dégénératifs rachidiens et des genoux limitaient toute

activité nécessitant le port de charge, même très légère, ainsi que les positions statiques prolongées ou sollicitant le rachis ou des déplacements et cela même sur de courts trajets. De plus, les vertiges ne permettaient pas de faire un travail en hauteur, sur un plan instable et des mouvements répétitifs de la tête ou du corps. Dans l'appréciation du cas, les experts ont souligné qu'au plan psychique et mental, l'atteinte neuropsychologique diminuait le rendement en raison d'un ralentissement, mais le trouble dépressif et surtout l'épuisement des ressources entraînaient une incapacité complète. Par rapport à l'expertise réalisée en 2006, la fragilité psychique s'était aggravée et les capacités de mobiliser les ressources résiduelles se sont effondrées. Les troubles ne permettaient plus de réaliser l'activité d'infirmière ou d'aide-soignante, de sorte qu'il ne restait aucune capacité résiduelle. L'assurée présentait une incapacité de travail d'au moins 20% depuis 1988. L'incapacité de travail était de 50% dès août 1996 avec la reprise professionnelle à temps partiel. Une diminution progressive de la capacité de travail est survenue dès 1998, menant à une incapacité de travail totale en 2000. Un essai de reprise à 50% en 2005 durant quelques mois en tant qu'aide-infirmière s'est soldé par un échec car cette activité n'était pas adaptée, comme relevé dans l'expertise de 2006. La capacité de travail est donc restée nulle dès 2000 dans un poste de travail non adapté. La capacité de travail résiduelle a été estimée à 60% en 2006 (expertise) dans un poste adapté, mais l'évolution a été défavorable avec effondrement global des ressources. Les experts estiment que la capacité de travail est nulle depuis avril 2007, date du troisième tentamen. Ils ont conclu que l'assurée n'était plus capable d'exercer une quelconque activité en raison des multiples pathologies physiques et psychiques intriquées avec une identité d'invalidité cristallisée après plus de vingt ans d'évolution et des ressources très diminuées et l'absence d'amélioration malgré les traitements instaurés.

45. Par décision du 20 septembre 2010, l'OAI a octroyé à la recourante une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2007 en raison d'une aggravation significative de l'état de santé psychique.
46. Par acte du 19 octobre 2010, l'assurée, représentée par son mandataire, a interjeté recours, concluant à titre principal à l'octroi d'une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} juillet 2006 avec intérêts moratoires à 5% l'an, sous déduction des montants déjà versés. Elle met en avant une contradiction entre le rapport interdisciplinaire, qui conclut à une capacité de travail résiduelle de 60% en 2006 en se référant à l'expertise faite à la même époque par le CEM-PMU de Lausanne, d'une part, et le rapport de la Dresse AB_____, expert psychiatre, qui considère que suite à l'échec de la reprise de travail de 50% en 2005, l'état psychique et consécutivement l'incapacité de travail de la recourante se sont péjorés, d'autre part. Par conséquent, il apparaît impossible, sur le plan psychique, qu'elle puisse être reconnue capable de travailler à 60% en 2006 au vu de la péjoration de sa capacité de travail entre juillet 2005 et avril 2007. Elle conteste ainsi l'existence d'un changement significatif dans son état de santé ou dans sa capacité de travail depuis la décision

du 23 août 2002, les conditions d'une révision de la rente n'étant pas réunies au jour de la décision du 17 septembre 2010. La rente entière servie depuis le 1^{er} juillet 1998, conformément à la décision du 23 août 2002, aurait donc dû être maintenue, ce qui signifie que l'intimé ne pouvait limiter l'effet rétroactif de sa décision du 17 septembre 2010 au 1^{er} juillet 2007. L'intimé aurait dû constater qu'il n'y avait pas de motif de révision et aurait dû confirmer la rente entière. La recourante conclut à l'octroi d'une rente entière d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2006 au 30 juin 2007.

47. Dans sa réponse du 18 novembre 2010, l'OAI a conclu au rejet du recours, au motif que l'affirmation de la recourante selon laquelle son état de santé serait resté inchangé depuis 2002 était en contradiction avec les constatations judiciaires de l'arrêt du 17 février 2009 ainsi qu'avec les pièces médicales probantes au dossier. Selon l'intimé, il ressort du rapport d'expertise interdisciplinaire du 21 septembre 2009, qu'une aggravation du trouble psychique s'est manifestée en relation avec les tentamens médicamenteux en 2007 et 2009 uniquement, sans qu'aucun élément qui aurait été ignoré lors de la précédente expertise du 31 août 2006 ne vienne infirmer cette conclusion. Par conséquent, l'appréciation de la capacité de travail durant la période litigieuse correspond aux conclusions unanimes des experts et médecins ayant examiné la recourante ou ayant pris position sur le dossier, à savoir une capacité de travail à hauteur de 50% pour la période d'avril 2005 à juillet 2007.
48. La Chambre des assurances sociales de la Cour de Justice (ci-après la Cour de céans), compétente depuis le 1^{er} janvier 2011, a entendu les parties en audience de comparution personnelle le 11 mai 2011. Lors de cette audience, le mandataire de la recourante a relevé que le rapport d'expertise de 2006 mentionnait une capacité résiduelle de travail de 60% depuis avril 2005. Or, au vu de l'éventration de juin 2005 et du tentamen de fin 2005, cela n'était tout simplement pas possible.

Lors de la même audience, la Cour de céans a procédé à l'audition de la Dresse AB_____, expert psychiatre. Le témoin a confirmé les diagnostics résultant de son rapport d'expertise, d'une part, et la nouvelle incapacité de travail à 100% postérieurement à 2008 en raison de causes psychiques, d'autre part. S'agissant de la capacité de travail en 2005, à savoir à 50%, elle a été fixée anamnesticquement, étant donné que l'assurée voulait reprendre une activité professionnelle. Aucun élément au dossier ne permettait de conclure à une amélioration de l'état psychique. Elle a expliqué que le tentamen médicamenteux était l'élément déterminant quant à une péjoration de l'état psychique. L'aggravation de 2005 est survenue suite à l'échec de la tentative de reprise de travail. Depuis lors, l'assurée était inapte au travail à 70-80% étant donné que chaque tentative de reprise de travail était de très courte durée et se soldait par un échec. Selon la Dresse AB_____, l'assurée présente une inaptitude au travail de 70 à 80%, ceci sur la base notamment, d'expertises antérieures qui concluaient à une certaine capacité de travail résiduelle. Une incapacité entre 70 à 80% permet encore à la patiente d'avoir une certaine

aptitude dans des activités occupationnelles et une certaine capacité à se mobiliser du point de vue psychique. L'expert a expliqué qu'elle n'avait pas pris en compte l'expertise de 2006, dès lors qu'elle n'était pas probante. Par ailleurs, un tentamen médicamenteux était toujours considéré comme une péjoration de l'état psychique ; la psychiatre ne pouvait toutefois pas préciser la gravité de la péjoration faute d'éléments objectifs. Cela étant, l'assurée ayant commis un tentamen médicamenteux en décembre 2005, il fallait admettre une péjoration de l'état psychique et une incapacité totale de travailler dès ce moment. Enfin, la Dresse AB_____ n'a pas pu mettre en évidence une amélioration de l'état psychique en 2006, ni anamnestiquement ni sur la base du dossier médical.

49. Dans ses conclusions après enquêtes, la recourante a persisté intégralement dans les termes de son recours du 19 octobre 2010. Elle souligne que lors de son audition, la Dresse AB_____ a précisé qu'elle ne s'était pas fondée sur le rapport d'expertise de la Polyclinique médicale de Lausanne de 2006 en raison de son absence de valeur probante. De ce fait, elle a fixé une incapacité de 50% sur la seule base anamnestique étant donné que la recourante voulait reprendre une activité professionnelle. Selon la recourante, l'intimé a échoué à démontrer que son état de santé avait subi une modification notable en 2005, de sorte qu'il n'était pas en droit de réduire sa rente à une demi-rente d'invalidité. Elle conclut à la condamnation de l'intimé à lui verser une rente entière d'invalidité dès le 1^{er} février 2006.
50. Par écriture du 8 juin 2011, l'intimé a argué que dans son arrêt du 17 février 2009, le TCAS a reconnu pleine valeur probante au rapport d'expertise pluridisciplinaire du 31 août 2006, contrairement à ce qui est avancé par la recourante. Il a conclu à l'absence d'aggravation de l'état de santé de la recourante entre les mois de mai 2006 et avril 2007 et a persisté quant à la reconnaissance d'une incapacité de travail totale dans toute activité depuis avril 2007 seulement.
51. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56 V al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 22 novembre 1941 en vigueur jusqu'au 31 décembre 2010 (aLOJ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaissait, 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).

Depuis le 1^{er} janvier 2011, cette compétence est revenue à la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice, laquelle reprend la procédure pendante

devant le Tribunal cantonal des assurances sociales (art. 143 al. 6 de la LOJ du 26 septembre 2010).

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

2. La loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Sur le plan matériel, le point de savoir quel droit s'applique doit être tranché à la lumière du principe selon lequel les règles applicables sont celles en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 130 V 230 consid. 1.1; 335 consid. 1.2; ATF 129 V 4 consid. 1.2; ATF 127 V 467 consid. 1, 126 V 136 consid. 4b et les références). Les règles de procédure quant à elles s'appliquent sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b, 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b). La LPGA s'applique donc au cas d'espèce.
3. Le recours, interjeté dans les forme et délai prescrits par la loi, est recevable au sens des art. 56, 60 LPGA et 89B de la loi sur la procédure administrative, du 12 septembre 1985 (LPA ; RS E 5 10).
4. Est litigieuse la question de savoir si, postérieurement à la décision du 23 août 2002, la recourante a recouvré une capacité de travail ou si son état de santé s'est amélioré pour la période du 1^{er} février 2006 au 30 juin 2007, dans une mesure justifiant la réduction de la rente entière d'invalidité à une demi-rente dès le 1^{er} février 2006.

A cet égard, la Cour de céans relève, avec la recourante, que l'intimé n'a pas statué formellement dans la décision querellée sur le droit à une rente d'invalidité pour la période du 1^{er} février 2006 au 30 juin 2007. Cela étant, dans la mesure où la décision de réduction de la demi-rente AI a été annulée par l'arrêt du TCAS, où l'intimé a repris l'examen du droit à des prestations depuis la révision initiée en 2005, versé la demi-rente d'invalidité et considéré que l'aggravation survenue justifiait l'augmentation de la rente dès le 1^{er} juillet 2007, la Cour de céans étendra l'examen au droit à la rente pour la période litigieuse, soit du 1^{er} février 2006 au 30 juin 2007 (cf. ATF du 18 mai 2009 9C_482/2008).

5. 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). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier (ATFA non publié du 31 janvier 2003, I 559/02, consid. 3.2 et les arrêts cités). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (ATFA non publié du 13 juillet 2006, I 406/05, consid. 4.1). 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). A cet égard, un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision au sens de l'art. 41 LAI (ATF 129 V 200, consid. 1.2)

Une décision de révision vaut également comme base de référence lorsqu'elle a modifié la rente en cours en fixant un nouveau degré d'invalidité (ATF 109 V 262 consid. 4a). A l'instar de ce qui prévaut pour une nouvelle demande (ATF 130 V 71), c'est la dernière décision entrée en force qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité lors d'une révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5).

Si la capacité de gain ou la capacité d'accomplir les travaux d'un assuré s'améliore, il y a lieu de considérer que ce changement supprime, le cas échéant, tout ou partie de son droit aux prestations dès qu'on peut s'attendre à ce que l'amélioration consacrée se maintienne durant une assez longue période. Il en va de même lorsqu'un tel changement déterminant a duré trois mois déjà, sans interruption notable et sans qu'une complication prochaine soit à craindre (cf. art. 88a al. 1 Règlement sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 - RAI, RS 831.201). De même, si l'incapacité de gain s'aggrave, il y a lieu de considérer que ce changement accroît, le cas échéant, son droit aux prestations dès qu'il a duré trois mois sans interruption notable. L'art. 29bis est toutefois applicable par analogie (cf. art. 88a al. 2 RAI).

6. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement

sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4, 115 V 134 consid. 2). L'instruction des faits d'ordre médical se fonde ainsi sur le rapport du médecin-traitant destiné à l'Office de l'assurance-invalidité, les expertises de médecins indépendants de l'institution d'assurance, les examens pratiqués par les Centres d'observation médicale de l'assurance-invalidité (ATF 123 V 175), les expertises produites par une partie ainsi que les expertises médicales ordonnées par le juge (VSI 1997, p. 318, consid. 3b ; BLANC, La procédure administrative en assurance-invalidité, thèse Fribourg 1999, p. 142).

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 LPG), 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. À cet égard, il convient 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 351 consid. 3).

c) En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, ce qui est déterminant c'est que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance de l'anamnèse, que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les conclusions de l'expert soient dûment motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante n'est ni l'origine du moyen de preuve ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références).

S'agissant de la valeur probante des rapports établis par les médecins-traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin-traitant est

généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 351 consid. 3b/cc et les références ; RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2).

Quant aux expertises médicales, l'on peut et doit attendre d'un expert médecin, dont la mission diffère clairement de celle du médecin-traitant, notamment qu'il procède à un examen objectif de la situation médicale de la personne expertisée, qu'il rapporte les constatations qu'il a faites de façon neutre et circonstanciée, et que les conclusions auxquelles il aboutit s'appuient sur des considérations médicales et non des jugements de valeur. D'un point de vue formel, l'expert fera preuve d'une certaine retenue dans ses propos nonobstant les controverses qui peuvent exister dans le domaine médical sur tel ou tel sujet: par exemple, s'il est tenant de théories qui ne font pas l'objet d'un consensus, il est attendu de lui qu'il le signale et en tire toutes les conséquences quant à ses conclusions. Enfin, son rapport d'expertise sera rédigé de manière sobre et libre de toute qualification dépréciative ou, au contraire, de tournures à connotation subjective, en suivant une structure logique afin que le lecteur puisse comprendre le cheminement intellectuel et scientifique à la base de l'avis qu'il exprime (ATF 125 V 351 consid. 3a, 122 V 160 consid. 1c et les références). Selon la jurisprudence, le juge ne doit, en principe, pas s'écarter sans motif impératif des conclusions d'une expertise médicale, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb ; 118 V 290 consid. 1b; 112 V 32 et les références).

d) Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b, 125 V 195 consid. 2 et les références; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a)

7. En l'espèce, il convient de comparer les faits tels qu'ils se sont présentés depuis le mois d'avril 2005, date de la révision initiée suite à la reprise d'une activité lucrative, jusqu'au 1^{er} juillet 2007, - date à laquelle la décision litigieuse reconnaît le droit de la recourante à une rente entière d'invalidité -, avec ceux qui prévalaient au moment de la décision du 23 août 2002 d'octroi d'une rente entière d'invalidité. Il s'agit en effet de la dernière décision entrée en force qui reposait 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.

8. a) Lors de sa décision du 23 août 2002 octroyant à l'assurée une rente entière d'invalidité depuis le 1^{er} juillet 1998, l'intimé s'est fondé sur divers rapports médicaux détaillés émanant des Dresses N_____, spécialiste FMH en psychiatrie, O_____, spécialiste FMH en médecine interne et affections rhumatismales, et Q_____ spécialiste FMH en médecine interne générale. Ces dernières ont toutes abouti à la même conclusion à savoir, une incapacité de travail totale de l'assurée en raison notamment des symptômes de fibromyalgie, de l'état dépressif sévère, de status post-discotomie L4-L5 avec sciatalgies persistantes ainsi que de status asthmatique et d'obésité.

b) Suite au désir de l'assurée de reprendre une activité professionnelle à hauteur de 50% en qualité d'aide-soignante du 14 avril à fin juin 2005, dans le but d'améliorer son état de santé psychique et malgré les douleurs physiques, l'intimé a ouvert une procédure de révision et, dans ce cadre, l'assurée a été soumise à une expertise réalisée en mai et juin 2006 par le CEM-PMU qui a rendu son rapport le 31 août 2006.

Les diagnostics retenus par les experts sur le plan psychiatrique étaient un trouble somatoforme douloureux persistant (F45.4) ainsi qu'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère sans symptôme psychotique, en rémission partielle (F33.2), sur le plan rhumatologique, des cervico-lombo-sciatalgies droites et cure de hernie discale L4-L5 (M54.80) et enfin une cure d'événtration de la ligne médiane avec abdominoplastie sur cicatrice de by-pass gastrique. Les psychiatres avaient noté une disparition des idées suicidaires ainsi qu'une amélioration de la thymie ; toutefois, le deuxième tentamen médicamenteux à la fin de l'année 2005 témoignait de la limitation des ressources adaptatives de l'assurée, la situation étant cristallisée d'un point de vue psychiatrique. La pathologie thymique constituait une co-morbidité du trouble somatoforme douloureux. Les experts rhumatologues ont, quant à eux, principalement fixé les limitations fonctionnelles. Les experts du CEM-PMU ont ainsi conclu que l'assurée avait, d'un point de vue strictement rhumatologique, une capacité de travail de 80% comme aide-infirmière, voire de 100% dans un travail adapté. Cependant, au vu de la fragilité de l'assurée d'un point de vue psychiatrique ainsi que de la persistance du trouble somatoforme douloureux, ils ont considéré qu'elle présentait une capacité de travail de 60% dès le 14 avril 2005, sans diminution de rendement, dans une profession mieux adaptée que celle d'aide-infirmière, cet emploi étant à priori plus lourd que celui d'infirmière. Une formation devait lui être proposée pour lui permettre d'exercer une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles, par exemple en tant qu'infirmière scolaire ou infirmière de recherche.

L'expertise interdisciplinaire réalisée ensuite par le CEM-PMU en date du 21 septembre 2009 a mis en avant les syndromes ayant une répercussion sur la capacité de travail de la recourante tels que notamment un syndrome douloureux somatoforme persistant, un trouble dépressif récurrent d'intensité légère à moyenne et une lombalgie chronique sur discopathie avec réaction type Modic II L4-L5 et L5-S1. Les experts ont conclu à une incapacité de travail complète en raison du trouble dépressif et de l'épuisement des ressources dans le cadre de l'exercice d'une activité en qualité d'infirmière ou aide-soignante, conclusion qui s'illustrait parfaitement par la tentative de reprise professionnelle à 50% en 2005 en tant qu'infirmière et qui s'était soldée par un échec, ladite activité n'étant pas adaptée. Partant, la capacité de travail était restée nulle depuis 2000 dans le cadre d'une activité non adaptée. Les experts du CEMED ont relevé que la capacité de travail résiduelle avait été estimée à 60% dans un poste adapté lors de l'expertise de 2006, mais que l'évolution a été défavorable avec effondrement global des ressources. Ils ont ainsi considéré que la capacité de travail de la recourante était nulle depuis avril 2007, date du troisième tentamen.

L'experte psychiatre a été entendue par la Cour de céans en date du 11 mai 2001 afin d'apporter des précisions à son rapport dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire. Pour rappel, suite aux examens effectués en date des 18 mai et 4 juin 2009, la Dresse AB _____ indiquait dans son rapport du 18 septembre 2009 que la recourante n'était plus capable d'exercer une activité en tant qu'infirmière en raison d'un sentiment d'incapacité et d'invalidité, d'un manque de confiance, de fatigabilité, d'un sentiment d'injustice, d'un manque de motivation et au motif du risque de mise en danger d'autres personnes. Par conséquent, son incapacité de travail était de 70-80% sur le plan psychique et devait être considérée comme définitive. Lors de son audition, l'expert a confirmé les diagnostics résultant de son rapport. S'agissant de la capacité de travail en 2005, à savoir 50%, elle l'avait fixée anamnesticquement étant donné que l'assurée voulait reprendre une activité professionnelle. Aucun élément ne permettait cependant d'admettre une amélioration de son état psychique. D'ailleurs, suite à l'échec de sa reprise professionnelle en 2005, il y avait eu une aggravation de l'état de santé psychique avec un tentamen médicamenteux en décembre 2005. Partant, dès cette période, la recourante devait être considérée comme incapable de travailler à 100%. A chaque fois, les tentatives de reprise de travail ont très peu duré et se sont soldées par un échec. La psychiatre a précisé qu'elle ne s'était pas fondée sur le rapport d'expertise d'août 2006, qui n'avait, d'après elle, pas de valeur probante.

9. Au vu de ce qui précède, la Cour de céans constate qu'en définitive, s'il y a eu une amélioration de l'état de santé en 2005 ayant permis une reprise de travail, ce ne fût que sur une courte période ; la recourante a en effet dû cesser son activité au bout de trois mois en raison de problèmes de santé qui ont nécessité une intervention. Puis son état de santé psychique s'est à nouveau péjoré en décembre 2005, avec un tentamen médicamenteux. L'intimé ne pouvait dès lors pas, en décembre 2005,

considérer que l'état de santé s'était amélioré de manière notable et durable, sans qu'une complication prochaine ne soit à craindre. Ensuite, si les experts du CEM-PMU ont indiqué en août 2006 que l'état de santé psychique s'était amélioré, c'est parce que l'état dépressif récurrent était, sous traitement dispensé par le CTB, en rémission. Cela étant, ils n'avaient pas exclu tout risque de rechute, ce qui s'est d'ailleurs produit en février 2007, et avaient mis en évidence la fragilité psychique de la recourante avec une limitation des ressources adaptatives. Or, par la suite, les experts du CEMED ont relevé que l'évolution a été défavorable, avec effondrement des ressources et de nouveaux tentamens en février 2007 et 2009.

Enfin, force est de constater que l'état de santé psychique de la recourante ne s'est jamais amélioré de façon notable et durable. Les conditions de l'art. 88a RAI n'étant pas remplies, il n'y avait pas de motif à révision ; partant, l'intimé n'était pas en droit de réduire la rente entière d'invalidité de la recourante dès le 1^{er} février 2006.

10. Au vu de ce qui précède, le recours, bien fondé, est admis.
11. La recourante, qui obtient gain de cause, a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la Cour fixe, en l'espèce, à 2'000 fr.
12. Au vu de l'issue du litige, un émolument de 500 fr. est mis à la charge de l'intimé (art. 69 al. 1bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet dans le sens des considérants.
3. Condamne l'intimé à payer à la recourante la somme de 2'000 fr. à titre de participation à ses frais et dépens.
4. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
5. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Isabelle CASTILLO

Juliana BALDE

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