

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3920/2006

ATAS/77/2011

ARRET

DE LA COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

du 25 janvier 2011

1^{ère} Chambre

En la cause

Madame N_____, domiciliée à Genève, comparant avec
élection de domicile en l'étude de Maître Pedro DA SILVA
NEVES

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Doris GALEAZZI-WANGELER, Présidente; Evelyne BOUCHAARA et
Christine TARRIT-DESHUSSES, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame N_____ (ci-après : l'assurée), née en 1953, travaillait en qualité d'ouvrière en travaux de montage pour la société X_____ SA depuis le 1^{er} février 1989.
2. Le 20 avril 1995, elle a déposé une demande de prestations de l'assurance-invalidité auprès de l'OFFICE DE L'ASSURANCE INVALIDITE DU CANTON DE GENEVE (ci-après : OAI) tendant à l'octroi d'une rente en raison d'une inflammation aux yeux, au poumon, au foie et aux reins.
3. Dans un rapport du 5 juillet 1995, le Dr A_____, généraliste FMH, médecin traitant de l'assurée, a posé les diagnostics suivants : sarcoïdose (atteinte oculaire, rénale, hépatique et ganglionnaire), gastro-duodénite chronique, syndrome du canal carpien bilatéral, syndrome vertébral cervical sur troubles statiques, anémie ferriprive.

Ses diagnostics se fondaient notamment sur trois rapports établis par les Départements de médecine et de chirurgie des HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE GENEVE (HUG) en date des 18 janvier, 2 mars et 3 mai 1995.

4. Par décision du 28 août 1996, l'assurée a été mise au bénéfice d'une rente entière d'invalidité avec effet au mois de mars 1995, basée sur un taux d'invalidité de 100%.
5. En 2003, l'OAI a ouvert une procédure de révision du droit de l'assurée à une rente d'invalidité.
6. Le 7 décembre 2003, le Dr A_____ a indiqué que la capacité de travail de l'assurée semblait s'être améliorée depuis un à deux ans, toutefois avec un tableau clinique fluctuant, la sarcoïdose multisystémique étant en nette rémission. Aux diagnostics de 1995, toujours valables, venaient encore s'ajouter un syndrome ménopausique traité, un status neurologique et une hypothyroïdie. L'assurée présentait une incapacité totale de travailler en qualité d'ouvrière en horlogerie, sous réserve d'un avis contraire de l'ophtalmologue, et de 50% dans le nettoyage ou le ménage.

En annexe au rapport précité, le Dr A_____ a fourni plusieurs rapports de confrères, dont notamment ceux des Drs B_____, spécialiste FMH en médecine interne et en angiologie, du 27 juin 2003, C_____, spécialiste FMH en pneumologie, du 16 septembre 2003, D_____, spécialiste FMH en neurologie, du 28 novembre 2003 et E_____, spécialiste FMH en ophtalmologie, du 10 décembre 2003, ainsi que de la Dresse F_____, spécialiste FMH en cardiologie, du 3 octobre 2003.

7. Le dossier a été transmis au SERVICE MEDICAL REGIONAL DE L'ASSURANCE INVALIDITE (ci-après : SMR). Après avoir commenté les pièces médicales précitées, celui-ci a considéré, dans un avis du 14 octobre 2004, que l'assurée ne présentait plus de raison médicale justifiant des prestations de l'assurance-invalidité, l'octroi s'étant basé sur une instruction médicale lacunaire. Toutefois, avant de procéder à la suppression, il convenait d'effectuer un examen psychiatrique, des épisodes d'hyperventilation ayant été mentionnés.
8. Le 26 novembre 2004, la Dresse G _____, qui se qualifiait de spécialiste FMH en psychiatrie, a effectué l'examen sollicité et n'a relevé aucun élément clinique d'importance suffisante pour justifier un diagnostic psychiatrique. Elle a cependant constaté la présence d'une labilité émotionnelle accompagnée d'une humeur dépressive fluctuante, ne présentant pas la sévérité ni la durée nécessaires pour justifier un diagnostic de dysthymie au sens de la Classification Internationale de Troubles Mentaux et de Troubles du Comportement (CIM-10). L'assurée présentait toutefois une diminution de sa capacité de travail de 20% dans toute activité, sous forme de baisse de rendement, en raison de sa fatigue psychique et physique d'intensité moyenne et de sa labilité, accompagnées d'un fonctionnement dépendant et passif l'ayant "enkystée" dans son rôle d'invalidé depuis des années.
9. Par décision du 13 janvier 2005, l'OAI a supprimé la rente d'invalidité de l'assurée dès le premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, une éventuelle opposition n'ayant pas d'effet suspensif.
10. L'assurée a fait opposition à la décision précitée par courrier du 2 février complété les 11 février et 1^{er} mars 2005. Elle a notamment indiqué que son état de santé s'était nettement péjoré depuis quelques mois et qu'elle était totalement incapable de travailler pour une durée indéterminée. A l'appui de ses dires, elle a notamment produit un rapport du Dr A _____ du 15 février 2005, dans lequel les atteintes complémentaires suivantes ont été relevées : une asthénie aggravée objectivable, des lombalgies chroniques de plus en plus invalidantes depuis 2004, des signes de polynévrite aux membres inférieurs dans le cadre d'un diabète et une dysfonction thyroïdienne traitée.
11. Dans un avis du 7 juin 2005, le SMR a résumé les atteintes mentionnées par le Dr A _____ et a précisé que la fatigabilité avait été prise en compte puisqu'une diminution de rendement de 20% a été reconnue, qu'il n'était pas fait allusion à des lombalgies dans les précédents rapports et que s'agissant des signes de polynévrite, l'assurée avait été vue par un neurologue en novembre 2003, l'examen s'étant avéré normal. Il n'y avait aucune modification de l'état de santé depuis la décision du 13 janvier 2005.
12. Par décision sur opposition du 11 août 2005, l'OAI a donc confirmé la décision du 13 janvier 2005.

13. Le 14 septembre 2005, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, devenu depuis lors la Chambre des assurances sociales de la Cour de justice (A/3209/2005), concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif, et principalement à l'annulation de la décision précitée et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité, avec effet rétroactif au jour de la suppression de la rente. A l'appui de ses conclusions, elle a notamment produit un rapport du Dr H _____, spécialiste FMH en neurologie et électroneuromyographie du 25 août 2005, dont il ressort qu'elle présentait non seulement des séquelles d'une neuropathie bilatérale des nerfs médians dans le canal carpien avec atteinte sensitivomotrice mais également quelques éléments cliniques et électroneuromographiques parlant en faveur du début d'une polyneuropathie sensitive axonale au niveau des membres inférieurs dont l'origine la plus probable était le diabète voire l'hyperthyroïdie. A cela s'ajoutent encore un tremblement d'attitude de la tête vraisemblablement d'origine essentielle et une anamnèse compatible avec le syndrome de restless legs.
14. Lors de l'audience de comparution personnelle qui s'est tenue le 20 décembre 2005, les parties ont convenu que la décision sur opposition du 11 août 2005 était annulée, l'OAI reprenant l'instruction sur la question spécifique de l'aggravation de l'état de santé de l'assurée début 2005, vraisemblablement par une expertise neurologique et rhumatologique.
15. Par arrêt du 20 décembre 2005 (ATAS/1108/2005), le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a entériné l'accord du même jour.
16. Conformément à l'arrêt précité, l'OAI a soumis l'assurée à une expertise pluridisciplinaire, confiée à la Dresse I _____, spécialiste FMH en rhumatologie, et au Dr J _____, spécialiste FMH en neurologie, experts au CENTRE D'EXPERTISE MEDICALE (CEMED) à Nyon.

A teneur du rapport d'expertise du 26 mai 2006, le diagnostic de probable syndrome des jambes sans repos avec répercussion sur la capacité de travail a été posé. S'y ajoutent également les diagnostics suivants, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail : diabète insulino-dépendant, hypothyroïdie substituée, obésité (IMC 37), algies tensionnelles, status après sarcoïdose multisystémique en 1994, hypoesthésie sur nerf sural après biopsie, status après cures des tunnels carpiens pour neuropathie d'enclavement, status après sinusite maxillaire gauche, exostose du tibia gauche. En raison du probable syndrome des jambes sans repos, une limitation du rendement de 20% tant dans l'activité d'ouvrière en usine que de femme au foyer a été retenue par les experts. Par ailleurs, ces derniers ont relevé que la recourante avait mentionné un état anxio-dépressif présent depuis l'année précédente, pour lequel elle recevait un traitement de Cipralax, de Temesta et de Seroquel.

17. Se fondant sur l'expertise précitée, l'OAI a adressé à l'assurée un projet de décision daté du 11 août 2006, se référant à une demande du 20 décembre 2005, qui était rejetée. Le 20 septembre 2006, ledit projet a été confirmé.
18. Le 28 septembre 2006, le Prof. K_____, médecin-chef du service de rhumatologie des HUG, et la Dresse L_____, médecin cheffe de clinique, ont adressé un courrier au médecin conseil de l'OAI, selon lequel le tableau clinique présenté par l'assurée, alors hospitalisée, évoquait une réactivation de la sarcoïdose connue, avec des atteintes parotidienne et pulmonaire radiologique, avec répercussions fonctionnelles et symptomatiques. La rente d'invalidité, récemment rejetée, devait être réévaluée au vu de l'évolution de la maladie et de ce certificat médical.
19. Le 25 octobre 2006, l'assurée a recouru auprès du Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, concluant principalement à l'annulation de la décision de refus de rente du 20 septembre 2006 et à l'octroi de prestations de l'assurance-invalidité avec effet rétroactif au jour de la suppression de la rente d'invalidité. Considérant qu'il ne lui était pas possible de se prononcer sur la décision avant d'avoir pu prendre connaissance de l'expertise du CEMED, la recourante a conclu à la communication de la décision et à l'octroi d'un délai supplémentaire pour compléter le dossier.
20. Par courrier du 21 novembre 2006, l'intimé maintient sa position et sollicite le rejet du recours.
21. Dans sa réplique du 19 janvier 2007, la recourante indique qu'elle était hospitalisée dans le service de rhumatologie des HUG lorsque la décision de refus lui a été notifiée le 20 septembre 2006 et que l'OAI a été invité à réévaluer le dossier compte tenu des dernières constatations médicales. A l'appui de ses dires, elle fournit notamment les rapports de sortie datés des 30 octobre et 1^{er} décembre 2006, à teneur desquels les diagnostics de sarcoïdose pulmonaire et ganglionnaire, de diabète de type II insulino-requérant, de status post-opération du canal carpien bilatéral en 1995 et d'état anxio-dépressif avaient été posés par le Service de rhumatologie des HUG. En outre, selon un courrier du Dr K_____ du 8 janvier 2007, les éléments alors constatés étaient inconnus par les experts du CEMED lorsqu'ils ont réalisé leur examen.
22. Se fondant sur un avis du SMR du 12 février 2007, l'intimé a souhaité poser des questions complémentaires au Dr K_____.
23. Le 7 juin 2007, le Dr K_____ a répondu aux questions complémentaires posées et a notamment indiqué que la recourante n'était plus en mesure de s'intégrer au monde de l'économie depuis le mois de septembre 2006. Il lui était toutefois difficile de se prononcer sur le caractère durable des atteintes de la

recourante. La nouvelle poussée de la maladie était apparue après l'expertise médicale du printemps 2006.

24. Par courrier du 27 juillet 2007, l'intimé persiste dans ses conclusions.
25. La recourante produit diverses attestations médicales en annexe à un courrier du 31 août 2007, dans lequel elle conclut également à l'ouverture des enquêtes.
26. Le 4 novembre 2008, les trois médecins suivants ont été entendus à titre de témoins :
 - Le Dr M_____, spécialiste FMH en psychiatrie, a notamment indiqué qu'il suivait la recourante depuis le 19 octobre 2005 en raison d'un état dépressif alors moyen, qui s'est toutefois aggravé depuis mi-2006. Lors de son audition, ledit état dépressif, survenu suite à la suppression de la rente d'invalidité, était sévère en raison de l'aggravation de son état de santé. La recourante était incapable de travailler depuis qu'il la suivait.
 - Le Dr A_____, généraliste FMH, a été le médecin traitant de la recourante du 26 février 1987 au 24 octobre 2006. Depuis lors, elle est suivie par la Polyclinique de médecine des HUG. Lors de son audition, il a notamment expliqué que la sarcoïdose était une maladie à évolution imprévisible, avec des rémissions suivies de rechutes, passant d'un organe à l'autre, pouvant également se manifester dans plusieurs organes à la fois. La recourante a présenté des périodes de rémission apparemment totale, pouvant durer quelques mois. Il a toutefois considéré qu'elle a été incapable de travailler du 18 mai 1994 à novembre 2006, lorsqu'elle a été prise en charge par la Polyclinique.
 - Le Dr P_____, spécialiste FMH en pneumologie, médecin responsable du centre antituberculeux des HUG, a déclaré que son service suivait régulièrement la recourante depuis novembre 2006. Il a également précisé que la sarcoïdose était une maladie à évolution imprévisible, pouvant toucher n'importe quel organe, principalement les poumons. Dans le cas de la recourante, il s'agissait d'une sarcoïdose systémique, touchant plusieurs organes. Les douleurs articulaires et la grande fatigue étaient au premier plan, les autres atteintes étant contrôlées et stables pour la plupart. Il évaluait alors l'incapacité de travail à 100% depuis fin 2005.

Le même jour, les parties se sont accordées et ont qualifié la décision du 20 septembre 2006 de décision sur opposition.

27. Suite à l'avis du SMR du 17 novembre 2008 constatant que les témoignages étaient contradictoires, l'intimé a sollicité, par écriture du 24 novembre 2008, la réalisation d'une expertise pluridisciplinaire psychiatrique, rhumatologique et pneumologique.

Le 10 février 2009, la recourante s'est opposée à la réalisation d'une telle expertise, considérant que les témoignages des médecins précités étaient suffisants. Elle a en outre produit un courrier du Dr M_____, auquel étaient annexés plusieurs rapports, dont il ressortait notamment qu'elle souffrait d'un état dépressif moyen à sévère depuis 2005.

Entendant ordonner une expertise psychiatrique, rhumatologique et pneumologique sollicitée par l'intimé, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a soumis aux parties, le 17 mars 2009, la liste des questions à poser aux experts.

Par courrier du 14 avril 2009, l'intimé a indiqué qu'elle n'avait pas d'autres questions à poser à l'expert.

Quant à la recourante, elle a demandé que l'expertise couvre également les aspects neurologiques de ses affections.

28. Par ordonnance d'expertise du 15 mai 2009, le Tribunal cantonal des assurances sociales, alors compétent, a mandaté le Dr T_____, médecin responsable du CENTRE D'EXPERTISES MEDICALES (CEM), pour qu'il soit procédé à l'examen de la recourante.

Celui-ci s'est adjoint la Dresse Q_____, spécialiste FMH en rhumatologie-médecine physique et réadaptation, ainsi que les Drs Q_____, spécialiste FMH en pneumologie, S_____, spécialiste FMH en neurologie et R_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

Dans leur rapport du 24 février 2010, ces praticiens ont posé les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail : sarcoïdose avec atteinte systémique (pulmonaire, ganglionnaire cervicale, rénale, articulaire, carotidienne, oculaire) évoluant depuis 1994, actuellement en rémission à l'exception des arthralgies persistantes, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), probable trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif (F42.1). S'y ajoutent les diagnostics suivants, n'ayant toutefois pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante : tremblement essentiel, restless leg syndrome, suspicion d'un syndrome de fibromyalgie, syndrome métabolique (diabète de type II insulino-traité, hypertension artérielle, hyperlipidémie, obésité morbide, indice de masse corporelle à 42 kg/m²), hypothyroïdie substituée, fatigue chronique d'origine multifactorielle.

Sur le plan psychique, la recourante souffrait d'une dépression sévère avec hallucinations auditives, anxiété importante, tristesse, désir de mort, manque d'envie et d'intérêt pour le monde, anhédonie, sentiment de culpabilité, comportements compulsifs comme organisation d'une anxiété intense. S'y ajoutent encore des troubles de la concentration, des troubles cognitifs, de la fatigue et de la

fatigabilité, un manque d'énergie, une démotivation et un retrait social. Cette pathologie était susceptible d'évoluer favorablement. Toutefois, l'existence de symptômes dépressifs d'intensité fluctuant entre moyenne et sévère faisait craindre une mauvaise évolution. Quelques mois après l'ajustement du traitement, une activité occupationnelle, visant à solliciter la mobilisation des ressources psychiques résiduelles, pouvait être proposée à la recourante. Lors de l'expertise, ses ressources donnaient l'impression d'une grande fragilité et d'un épuisement. Une nouvelle évaluation de la capacité de travail pouvait être effectuée dans un délai de 12 à 18 mois. Toutefois, compte tenu de la sévérité de la symptomatologie dépressive et de la longue période d'absence du milieu du travail, la probabilité d'une amélioration de l'état de santé mentale de la recourante était plutôt faible à moyenne.

Sur le plan somatique, l'unique événement médical important depuis 1996 a été l'apparition en septembre 2006 d'arthralgies décrites comme invalidantes.

L'évaluation rhumatologique n'a cliniquement mis en évidence que de discrets troubles statiques et dégénératifs rachidiens, associés à une dysbalance musculaire paravertébrale/abdominale, sans qu'il n'y ait de relation proportionnelle directe entre l'expression algique et les images radiologiques. La rhumatologue a en outre relevé 3/5 signes de non organicité de Waddell, suggérant une influence psychogène à la symptomatologie douloureuse, et une palpation positive de 14/18 Tender Points évoquant un syndrome de fibromyalgie.

Les limitations fonctionnelles suivantes ont été relevées sur le plan rhumatologique : activités répétitives au niveau des coudes, des poignets et des mains (arthralgies dans le cadre de la sarcoïdose chronique), le port itératif de charges supérieures à 5 kg (arthralgies), une position statique assise ou debout prolongée supérieure à 30 à 60 minutes et des mouvements itératifs contraignants pour le rachis en flexion/extension/rotation du tronc (troubles dégénératifs lombaires).

Les experts ont considéré que la capacité de travail était entière sur plan somatique, avec toutefois une diminution de rendement de 20% en raison de l'existence d'une fatigue chronique et d'une dyssomnie (caractéristiques de la sarcoïdose), d'un restless leg syndrome et d'un important tremblement essentiel touchant le visage et les membres supérieurs des deux côtés. L'activité pouvant être exercée par la recourante devait toutefois tenir compte des limitations fonctionnelles précitées.

Sur le plan psychique, aucune activité lucrative n'était exigible en raison de l'intensité de la symptomatologie dépressive, avec symptômes psychotiques associés à un trouble obsessionnel compulsif, la recourante ne disposant pas des ressources psychiques nécessaires pour surmonter la douleur et la réintégration dans un processus de travail.

29. Le rapport d'expertise a été transmis aux parties qui se sont prononcées par écritures des 30 mars et 1^{er} avril 2010.

La recourante s'est exprimée dans un courrier du 30 mars 2010. Elle considère que l'incapacité de travail doit être nuancée. Si lors de l'expertise aucune incapacité de travail due à la sarcoïdose chronique n'avait été constatée, cela n'excluait pas une éventuelle future incapacité de travail due à cette même maladie. Par ailleurs, selon le Dr S _____ s'il n'est pas nécessaire de démontrer que l'origine des douleurs et brûlures dont souffre la recourante est d'origine strictement neurologique, il est possible de constater que sa capacité résiduelle de travail était alors probablement nulle. Compte tenu des nombreuses limitations fonctionnelles, la recourante imagine mal quelle activité serait encore envisageable. Sur le plan psychique, l'incapacité de travail est de 100% dans toute activité, le dies a quo étant le mois de février 2005, et non celui de décembre 2005, étant donné qu'il s'agit d'une réaction à la suppression de la rente.

De son côté, l'intimé a souhaité poser trois questions complémentaires aux experts.

30. Par courrier du 25 octobre 2010, les experts ont complété leur rapport du 24 février 2010 et ont précisé que la recourante souffrait de troubles psychiques, et plus particulièrement d'un trouble dépressif moyen à sévère, depuis 2005. Les limitations psychiques étaient présentes depuis cette date. L'examen psychiatrique du 25 septembre 2009 s'est en grande partie basé sur les propos de la recourante et dans une moindre mesure sur les constatations objectives. Enfin, les constatations cliniques lors de l'examen du 25 septembre 2009 étant superposables et identiques à celles relevées par le Dr M _____, les experts ont considéré que l'incapacité de travail à 100% était justifiée depuis le mois de décembre 2005.
31. Ce complément a été transmis aux parties, qui ont persisté dans leurs conclusions par écritures des 8, 9 et 24 décembre 2010.

L'intimé a invoqué l'art. 29bis aRAI pour refuser le versement d'une rente d'invalidité, le délai de carence d'un an n'étant pas échu lors de la décision litigieuse.

En annexe à la détermination de l'OAI du 8 décembre 2010 figurait notamment un avis du SMR, aux termes duquel « nous considérons qu'il a lieu de retenir une aggravation de l'état de santé avec une incapacité de travail à 100% dans toute activité, dès décembre 2005 ».

32. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 56V 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), 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) qui sont relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI ; RS 831.20).

Dès le 1^{er} janvier 2011, cette compétence revient 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 9 octobre 2009).

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

2. La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003 entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Elle est applicable en l'espèce, dès lors que la procédure de révision instaurée par l'OAI est postérieure au 1er janvier 2003 (cf. ATF 130 V 446 ss consid. 1, 129 V 4 consid. 1.2). Les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi, de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 345 consid. 3). S'agissant des modifications de la LAI du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision de la LAI), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2008 (à l'exception de l'art.68 quater entrée en vigueur rétroactivement le 1^{er} juillet 2007), il convient de relever que 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 sur opposition litigieuse (ATF 129 V 4 consid 1.2; 169 consid 1; 356 consid.1 et les arrêts cités).
3. Déposé dans les forme et délai prévus par la loi, le présent recours est recevable (art. 39 al. 1 et 60 al. 2 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de l'intimé de réviser sa décision du 26 août 1996, par laquelle une rente d'invalidité entière a été octroyée à la recourante. Il s'agit donc de comparer la situation présidant en août 1996, à savoir au moment de l'octroi de la rente entière, et celle existant en septembre 2006, lors de la suppression de la dite rente.
5. La Chambre de céans constate tout d'abord que l'intimé a rendu, le 20 septembre 2006, une décision de refus de rente, faisant suite à une demande datée du 20

décembre 2005 et disposant que « la demande est rejetée », alors que la présente cause s'inscrit dans une procédure de révision, dans laquelle une décision, qui n'a, à ce jour, pas été annulée, supprimant le droit à la rente et retirant l'effet suspensif à une éventuelle opposition, a été prise le 13 janvier 2005.

a) Du 1er janvier 2003 au 30 juin 2006, la procédure en matière d'assurance-invalidité était soumise à la LPGA et notamment à son art. 52, qui stipulait que l'assuré devait contester les décisions par la voie de l'opposition. Suite au nombre élevé d'opposition formées en 2003, le législateur a décidé de remplacer cette procédure par une procédure de préavis comme c'était le cas avant l'entrée en vigueur de la LPGA le 1er janvier 2003 (modification du 16 décembre 2005). Ainsi, depuis le 1er juillet 2006, l'Office compétent doit préaviser la personne assurée de la décision prévue de manière informelle au moyen d'un projet de prononcé. L'assuré dispose ensuite d'un délai pour faire valoir ses observations, avant qu'une décision sujette à recours ne soit rendue (FF 2005 2899).

Toutefois, selon les dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005 (mesures de simplification de la procédure), l'ancien droit s'applique aux décisions rendues par l'office, mais pas encore passées en force au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 16 décembre 2005 (let. a), aux oppositions pendantes auprès de l'office au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 16 décembre 2005 (let. b) et aux recours pendants devant le tribunal cantonal des assurances ou le Tribunal fédéral des assurances ou auprès de la Commission fédérale de recours en matière d'assurance-vieillesse, survivants et invalidité au moment de l'entrée en vigueur de la modification du 16 décembre 2005 (let. c).

En l'espèce, il convient donc de déterminer, dans un premier temps, si l'intimé devait appliquer la procédure d'opposition ou la procédure de préavis.

Dès lors que les 4 février et 1^{er} mars 2005, la recourante s'est opposée à la décision du 13 janvier 2005 et que seule la décision sur opposition du 11 août 2005 a été annulée, l'opposition de la recourante était toujours pendante lors de la suppression de la procédure d'opposition. Ainsi, conformément à la let. b des dispositions transitoires, l'ancien droit s'appliquait à la procédure de révision concernant la recourante et l'OAI aurait dû rendre une décision sur opposition au sens de l'art. 52 LPGA, ce qui n'a pas été le cas. Toutefois, lors de l'audience de comparution personnelle des parties du 4 novembre 2008, les parties ont accepté de qualifier la décision du 20 septembre 2006 de décision sur opposition.

b) Se pose dès lors la question de la validité du dispositif de la décision du 20 septembre 2006 et du renvoi de la cause à l'intimé pour que celui-ci rende une décision sur opposition, dont le dispositif tranche la question de la révision de la rente et non l'octroi d'une rente initiale.

Une décision est nulle lorsque le dispositif fait défaut. Toutefois, lorsqu'il est existant mais peu clair, ambigu ou incomplet ou encore lorsqu'il contient des erreurs de rédaction, le dispositif devra le cas échéant être interprété ou rectifié (Benoît BOVEY, Procédure administrative, 2000, p. 282).

En l'espèce, la décision du 20 septembre 2006 est peu claire. En effet, elle se réfère à une demande du 20 décembre 2005 qu'elle rejette alors qu'elle a été rendue dans une procédure de révision initiée d'office par l'intimé. Il appartient donc à la Chambre de céans de l'interpréter, voire de la compléter.

La « demande du 20 décembre 2005 » à laquelle il est fait référence en tête de la décision du 20 septembre 2005 correspond, de l'avis de la Chambre de céans, à l'arrêt du 20 décembre 2005, dont le premier point du dispositif était formulé de la manière suivante « donne acte à l'OCAI de ce que la décision sur opposition du 11 août 2005 est annulée, et de son accord à reprendre l'instruction sur la question spécifique de l'aggravation de l'état de santé de la recourante depuis début 2005 ». En d'autres termes, la référence, certes erronée, à cette demande du 20 décembre 2005 signifie que la décision querrellée fait suite à l'arrêt précité. Ainsi, compte tenu du contexte général, de la procédure d'opposition pendante et des considérants de la décision querrellée, son dispositif aurait dû être libellé de la manière suivante : « l'opposition est rejetée », ce qui signifie, en d'autres termes, que l'intimé entendait confirmer la décision du 13 janvier 2005 et supprimer le droit de la recourante au versement d'une rente d'invalidité.

Dès lors que l'aggravation de l'état de santé de la recourante a été instruit à satisfaction de droit dans la présente procédure, la Chambre de céans estime qu'il n'y a pas lieu, pour des motifs de célérité et d'économie de procédure, celle-ci durant depuis près de quatre ans, de renvoyer la cause à l'intimé pour nouvelle décision. Le dispositif ayant été interprété, il convient désormais de déterminer si l'intimé disposait d'éléments suffisamment probants pour réviser le droit à la rente de la recourante.

6. a) En vertu des art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée et résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident. Quant à l'incapacité de gain, elle est définie à l'art. 7 LPGA comme la diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles. Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale ; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a ; 105 V 207 consid. 2).

b) 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.

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). Ainsi, pour examiner s'il y a eu une modification importante du degré d'invalidité au sens de l'art. 17 LPGA, le juge doit généralement prendre en considération l'influence de l'état de santé sur la capacité de gain au moment où fut rendue la décision qui a octroyé ou modifié le droit à la rente ainsi que l'état de fait existant au moment de la décision attaquée.

7. A titre liminaire, il sied de déterminer la limite temporelle de l'examen de l'intimé soit, en d'autres termes, s'il s'étend jusqu'à la décision du 13 janvier 2005, jusqu'à la décision sur opposition du 11 août 2005, annulée le 20 décembre 2005, ou encore jusqu'à la décision querellée, qui a été rendue le 20 septembre 2006.

Lorsque la procédure en matière d'assurance-invalidité connaissait encore l'opposition, la limite temporelle de l'examen de l'OAI s'étendait jusqu'à la décision sur opposition (arrêts 9C_73/2008 du 21 mai 2008 et I 502/04 du 16 mars 2005, consid. 1.1). Dans deux arrêts récents, le Tribunal fédéral a considéré que lorsque l'administration rendait une nouvelle décision après que la cause lui ait été renvoyée pour instruction complémentaire, la limite temporelle de son examen ne s'étendait pas seulement à la période courant jusqu'à la date de la décision initiale, mais également à la période postérieure à celle-ci jusqu'à la date de la nouvelle décision (arrêt 9C_235/2009 du 30 avril 2009, consid. 3.3 ; voir également arrêt 9C_149/2009, consid. 4.4, in SVR 2009 IV n° 57, p. 177). Cette jurisprudence peut être appliquée par analogie en cas de décision sur opposition.

Dès lors que la présente cause était encore soumise à la procédure d'opposition, la limite temporelle de l'examen de l'intimé s'étendait jusqu'à la deuxième décision sur opposition, rendue le 20 septembre 2006 conformément à la jurisprudence fédérale précitée. La comparaison des faits doit donc se faire entre le mois d'août 1996 et le mois de septembre 2006.

8. Il convient ensuite d'établir s'il y a eu modification de l'état de santé de la recourante entre août 1996 et septembre 2006.

a) 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 (cf. ATF

130 V 343 consid. 3.5). Lorsqu'il y a une augmentation du taux d'invalidité, il n'y a pas lieu de se demander si elle est la conséquence d'une aggravation de l'atteinte à la santé originaire (ATF 126 V 157, consid. 5) ou si elle résulte d'une nouvelle atteinte à la santé (Ulrich MEYER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG), 2010, p. 371).

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).

b) Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1^{er} LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. Pour qu'une invalidité soit reconnue, il est nécessaire, dans chaque cas, qu'un substrat médical pertinent, entravant la capacité de travail (et de gain) de manière importante, soit mis en évidence par le médecin spécialisé. L'expert médical appelé à se prononcer sur le caractère invalidant de troubles psychiques doit poser un diagnostic relevant d'une classification reconnue et se déterminer sur le degré de gravité de l'affection. Dans l'éventualité où des troubles psychiques ayant valeur de maladie sont finalement admis, il y a alors lieu d'évaluer le caractère exigible de la reprise d'une activité lucrative par l'assuré, au besoin moyennant un traitement thérapeutique. A cet effet, il faut examiner quelle est l'activité que l'on peut raisonnablement exiger de lui. Pour admettre l'existence d'une incapacité de gain causée par une atteinte à la santé mentale, il n'est donc pas décisif que l'assuré exerce une activité lucrative insuffisante; il faut bien plutôt se demander s'il y a lieu d'admettre que la mise à profit de sa capacité de travail ne peut, pratiquement, plus être raisonnablement exigée de lui, ou qu'elle serait même insupportable pour la société (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 298 consid. 4c in fine). Ces principes sont valables, selon la jurisprudence, pour les psychopathies, les altérations du développement psychique (psychische Fehlentwicklungen), l'alcoolisme, la pharmacomanie, la toxicomanie et pour les névroses (RCC 1992 p. 182 consid. 2a et les références). Par ailleurs, on ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique maladif, donc pas comme des affections à prendre en charge par l'assurance-invalidité, les diminutions de la capacité de gain que l'assuré pourrait empêcher en faisant preuve de bonne volonté; la mesure de ce qui est exigible doit être déterminée aussi objectivement que possible (ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références; cf. aussi ATF 127 V 294 consid. 4c in fine).

9. a) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents 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, à ce motif, 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 256 consid. 4 et les références).

b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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) Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions soient sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee). 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).

d) En ce qui concerne la preuve, 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).

Si l'administration ou le juge, se fondant sur une appréciation consciencieuse des preuves fournies par les investigations auxquelles ils doivent procéder d'office, sont convaincus que certains faits présentent un degré de vraisemblance prépondérante et que d'autres mesures probatoires ne pourraient plus modifier cette appréciation, il est superflu d'administrer d'autres preuves (appréciation anticipée des preuves ; ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c). Une telle manière de procéder ne viole pas le droit d'être entendu selon l'art. 29 al. 2 Cst. (SVR 2001 IV n. 10 p. 28 consid. 4b), la jurisprudence rendue sous l'empire de l'art. 4 aCst. étant toujours valable (ATF 124 V 94 consid. 4b, 122 V 162 consid. 1d).

10. En l'espèce, il convient donc de déterminer si l'état de santé de la recourante ou sa capacité de travail se sont améliorés depuis la décision du 28 août 1996, lui octroyant une rente entière dès le 1^{er} mars 1995.

a) Lors de la décision d'octroi, le 28 août 1996, l'intimé s'est fondé sur le rapport médical du 5 juillet 1995 du Dr A_____ ainsi que sur les rapports des HUG des 18 janvier, 2 mars et 3 mai 1995, dans lequel les diagnostics suivants étaient posés : sarcoïdose (atteinte oculaire, rénale, hépatique et ganglionnaire), de gastro-duodénite chronique, syndrome du canal carpien bilatéral, syndrome vertébral cervical sur troubles statiques, anémie ferriprive.

La capacité de travail de la recourante était nulle depuis le 3 mars 1994.

b) Dans le cadre de la procédure de révision initiée en 2003, l'intimé a notamment disposé de plusieurs documents médicaux dont les plus importants étaient les suivants :

– Selon l'examen psychiatrique du 26 novembre 2004 pratiqué par la Dresse G_____, aucun élément clinique d'importance suffisante ne justifiait un diagnostic psychiatrique. La recourante souffrait toutefois d'une labilité émotionnelle accompagnée d'une humeur dépressive fluctuante, ne présentant

pas la sévérité ni la durée nécessaire pour justifier un diagnostic de dysthymie au sens de CIM-10. Elle subissait toutefois une diminution de sa capacité de travail de 20% dans toute activité, sous forme de baisse de rendement, en raison de sa fatigue psychique et physique d'intensité moyenne et de sa labilité, accompagnées d'un fonctionnement dépendant et passif l'ayant "enkystée" dans son rôle d'invalidé depuis des années.

A noter que dans un arrêt du 31 août 2007 (I 65/07), le Tribunal fédéral avait jugé que dans un rapport SMR du 13 septembre 2004, la Dresse G_____, s'était prévalu du titre de psychiatre FMH auquel elle ne pouvait prétendre dès lors que le titre post-grade de spécialiste ne lui avait pas été délivré par la FMH car elle ne disposait pas d'un diplôme fédéral de médecine ou d'un diplôme de médecine étranger reconnu en Suisse. Au moment de son expertise, elle ne disposait pas d'une autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant puisque celle-ci lui avait été délivrée le 24 novembre 2006 par le département vaudois de la santé et de l'action sociale. Le Tribunal fédéral a estimé qu'indépendamment des compétences professionnelles propres de la Dresse G_____, les irrégularités d'ordre formel liées à sa personne et à l'exercice de son activité au sein du SMR entachaient la fiabilité du rapport médical établi sur mandat de l'administration. Aussi, la juridiction cantonale n'était-elle pas en droit de fonder son appréciation sur ce seul avis médical d'une valeur probante affaiblie.

Or, dans le cas d'espèce, l'examen a été pratiqué le 26 novembre 2004 et le rapport établi le 3 décembre 2004, soit avant l'octroi, le 24 novembre 2006, de l'autorisation d'exercer une activité à titre de médecin dépendant. La Dresse G_____ ayant signé le rapport avec le titre de « psychiatre FMH », ledit document dispose d'une valeur probante affaiblie.

- A teneur du rapport d'expertise du 26 mai 2006 du CEMED, le diagnostic de probable syndrome des jambes sans repos avec répercussion sur la capacité de travail a été posé. S'y ajoutent également les diagnostics suivants, toutefois sans répercussion sur la capacité de travail : diabète insulino-dépendant, hypothyroïdie substituée, obésité (IMC 37), algies tensionnelles, status après sarcoïdose multisystémique en 1994, hypoesthésie sur nerf sural après biopsie, status après cures des tunnels carpiens pour neuropathie d'enclavement, status après sinusite maxillaire gauche, exostose du tibia gauche. En raison du probable syndrome des jambes sans repos, une limitation du rendement de 20% tant dans l'activité d'ouvrière en usine que de femme au foyer a été retenue par les experts.

Lors de l'expertise pratiquée en 2006, la recourante a notamment mentionné un état anxio-dépressif présent depuis l'année précédente, pour lequel elle recevait un traitement de Cipralax, de Temesta et de Seroquel.

Aucune investigation complémentaire, notamment sur le plan psychiatrique, n'a été réalisée par l'intimé, alors même que l'expertise du 26 mai 2006 contenait des indices d'une aggravation de l'état de santé psychique de la recourante, avec l'apparition d'un état anxio-dépressif, et que le rapport du 3 décembre 2004 disposait d'une valeur probante affaiblie.

c) Dans le cadre de la procédure de recours, les éléments médicaux suivants ont été portés à la connaissance de la Chambre de céans :

- Lors de son audition, le 4 novembre 2008, le Dr M_____, psychiatre de la recourante, a notamment indiqué qu'il suivait cette dernière depuis le 19 octobre 2005 en raison d'un état dépressif alors moyen, qui s'était toutefois aggravé depuis mi-2006. Ledit état dépressif était alors qualifié de sévère et il estimait la recourante incapable de travailler depuis qu'il la suivait.
- Le 27 janvier 2009, le Dr M_____ a transmis au Conseil de la recourante un résumé d'intervention CTB du Département de Psychiatrie, Service de Psychiatrie Adulte, du 22 décembre 2005, dont il ressort que l'assurée a été hospitalisée du 15 au 16 décembre 2005 en raison d'un épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique (F33.1).
- L'expertise réalisée le 24 février 2010 suite à l'ordonnance de la Chambre de céans du 15 mai 2009 a permis de poser les diagnostics suivants, avec répercussion sur la capacité de travail: sarcoïdose avec atteinte systémique (pulmonaire, ganglionnaire cervicale, rénale, articulaire, carotidienne, oculaire) évoluant depuis 1994, actuellement en rémission à l'exception des arthralgies persistantes, trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère avec symptômes psychotiques (F33.3), probable trouble obsessionnel compulsif avec comportement compulsif (F42.1). S'y ajoutent les diagnostics suivants, n'ayant toutefois pas de répercussion sur la capacité de travail de la recourante : tremblement essentiel, restless leg syndrome, suspicion d'un syndrome de fibromyalgie, syndrome métabolique (diabète de type II insulino-traité, hypertension artérielle, hyperlipidémie, obésité morbide, indice de masse corporelle à 42 kg/m²), hypothyroïdie substituée, fatigue chronique d'origine multifactorielle.

En raison du trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, la recourante était totalement incapable de travailler depuis décembre 2005.

11. a) La Chambre de céans constate tout d'abord que l'apparition des troubles psychiques dont souffre l'assurée et leur développement ressort du dossier. Même si le rapport de la Dresse G_____ dispose d'une valeur probante affaiblie, il n'en demeure pas moins que ce médecin a considéré que la recourante souffrait d'une labilité émotionnelle accompagnée d'une humeur dépressive fluctuante, ne présentant alors ni la sévérité ni la durée nécessaires pour justifier un diagnostic de

dysthymie au sens de CIM-10. Lors de son audition, le 4 novembre 2008, le Dr M_____ a indiqué qu'il suivait la recourante depuis octobre 2005 et qu'elle présentait depuis lors un état dépressif fluctuant, globalement sévère. En décembre 2005, elle a été hospitalisée une nuit en raison d'un épisode dépressif d'intensité moyenne. En mai 2006, la recourante informe les experts du CEMED qu'elle souffre d'état anxio-dépressif présent depuis l'année précédente, nécessitant la prise de Cipralax, de Temesta et de Seroquel. Enfin, lors de l'expertise pluridisciplinaire, un trouble dépressif récurrent, d'intensité sévère, a été diagnostiqué.

La présence de troubles psychiques peut ainsi être relevée depuis 2004, seule leur intensité ayant évolué depuis, ceux-ci étant successivement qualifiés d'humeur dépressive fluctuante (2004), de trouble anxio-dépressif (2005-2006), d'état dépressif d'intensité moyenne (décembre 2005) et enfin d'épisode dépressif d'intensité sévère (2010). Aucun document médical ne vient contredire l'évolution de cette atteinte psychique, qui a été reconnue comme étant incapacitante depuis le mois de décembre 2005 dans l'expertise pluridisciplinaire du 24 février 2010.

b) Il convient donc d'examiner si le l'expertise pluridisciplinaire du 24 février 2010 et ses rapports annexes disposent d'une pleine valeur probante.

La Chambre de céans constate que l'expertise précitée se fonde sur plusieurs entretiens avec la recourante et qu'elle repose sur une étude complète et circonstanciée de la situation médicale. Elle ne contient aucune incohérence et a été établie en pleine connaissance du dossier médical, des plaintes exprimées par l'assurée et de l'anamnèse. Les considérations médicales sont clairement exprimées et les conclusions du rapport dûment motivées et explicites, des rapports complets étant d'ailleurs joints à l'expertise précitée. Par courrier du 25 octobre 2010, les experts ont complété leur rapport du 24 février 2010.

En définitive, il n'y a aucune raison de s'écarter de l'appréciation des experts et plus particulièrement de celle du Dr R_____, selon lequel au plan psychique, la recourante présente une atteinte annihilant toute capacité de travail.

L'expertise du 24 février 2010 dispose par conséquent d'une pleine valeur probante et aucun avis ne permet de s'en écarter, ce qui n'est d'ailleurs pas contesté par le SMR qui a fait siennes les conclusions des experts, à savoir que la recourante était incapable de travailler à 100% depuis le mois de décembre 2005 en raison d'atteintes psychiques.

12. Il ressort à l'évidence des pièces qui précèdent que lors de la décision litigieuse, le 20 septembre 2006, l'état de santé de la recourante s'était amélioré sur le plan physique. La sarcoïdose était en rémission et à l'exception d'une perte de rendement de 20% retenue tant par les médecins du CEMED que par les experts du CEM, la capacité de travail de la recourante était entière. La Chambre de céans constate toutefois que dès 2005, un trouble dépressif récurrent, d'intensité sévère,

entraînant une incapacité de travailler à 100%, est apparu. Il y a donc eu aggravation de l'état de santé psychique. Ainsi, si la recourante présente certes une capacité de travail entière, avec une diminution de rendement de 20% sur le plan somatique, il n'en demeure pas moins qu'elle est totalement incapable de travailler en raison de ses atteintes psychiques. Dans ce contexte, il sied encore de noter que les experts n'ont fait que soupçonner l'existence d'un syndrome de fibromyalgie qui, s'il était avéré, aurait été posé bien après le diagnostic d'état dépressif récurrent de sorte que celui-ci ne peut être qualifié de réactionnel. Il convient donc d'en tenir compte indépendamment de ce diagnostic de fibromyalgie.

Par conséquent, lors de la décision litigieuse, le 20 septembre 2006, la capacité de travail de la recourante était nulle, non pas en raison de la sarcoïdose ou d'autres atteintes à sa santé physique, mais à cause d'un trouble dépressif récurrent, d'intensité sévère.

Partant, à défaut d'une amélioration de l'état de santé de l'assurée, la voie de la révision n'était pas ouverte.

13. Dans sa détermination du 8 décembre 2010, l'intimé se réfère à l'art. 29 bis aRAI, selon lequel « si la rente a été supprimée du fait de l'abaissement du degré d'invalidité et que l'assuré, dans les trois ans qui suivent, présente à nouveau un degré d'invalidité ouvrant le droit à la rente en raison d'une incapacité de même origine, on déduira de la période d'attente qui lui imposerait l'art. 29, al. 1 LAI, celle qui a précédé le premier octroi ».

La Chambre de céans rappelle toutefois que la comparaison des faits en matière de révision doit s'effectuer sur la base de la situation qui prévalait lors de la première décision avec celle qui existait lors de la décision sur opposition. Or, en septembre 2006, la recourante souffrait d'une nouvelle atteinte à la santé -un trouble dépressif récurrent- et à cette date, la décision supprimant le droit à la rente, si elle était certes exécutoire en raison du retrait de l'effet suspensif à une éventuelle opposition, n'était pas encore définitive. Ainsi, tant que la suppression de la rente n'est pas définitive, soit en cas de recours, confirmée par un arrêt de la Chambre de céans, l'art. 29bis aRAI ne peut trouver application.

14. Cela étant, selon l'art. 53 al. 2 LPGA, l'assureur peut revenir sur les décisions formellement passées en force lorsqu'elles sont manifestement erronées et que leur rectification revêt une importance notable. 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 125 V 383 consid. 3 p. 389 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 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). Pour des motifs de sécurité juridique, l'irrégularité doit être manifeste, de manière à éviter que la reconsidération devienne un instrument autorisant sans autre limitation un nouvel examen des conditions à la base des prestations de longue durée. En particulier, les organes d'application ne sauraient procéder en tout temps à une nouvelle appréciation de la situation après un examen plus approfondi des faits. Ainsi, 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 initiale paraît admissible compte tenu de la situation de fait et de droit. S'il subsiste des doutes raisonnables sur le caractère erroné de la décision initiale, les conditions de la reconsidération ne sont pas remplies (arrêts 9C_575/2007 du 18 octobre 2007 consid. 2.2; I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 3.2.1).

Dans le cas d'espèce, si la recourante n'a certes fait l'objet d'aucun examen approfondi lors de l'octroi de la rente, cela ne suffit pas encore à faire apparaître la décision du 28 août 1996 comme certainement erronée. Si une telle instruction apparaît certes judicieuse a posteriori, il n'en demeure pas moins que l'autorité compétente disposait des rapports des HUG de sorte que l'instruction du cas sur le plan médical, certes sommaire, n'en apparaît pas pour autant si lacunaire que l'on doive admettre rétroactivement que, sans expertise, l'administration n'était pas en mesure de se prononcer sur le droit de la recourante à une rente. Il n'existe ainsi aucun motif permettant de reconsidérer la décision initiale.

15. Compte tenu des considérations qui précèdent, le recours du 25 octobre 2006 sera admis et la cause renvoyée à l'intimée pour qu'elle statue dans le sens des présents considérant. La procédure de recours en matière de contestations portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'AI étant soumise à des frais de justice (art. 69 al. 1bis LAI), un émolument de 500 fr. sera mis à la charge de l'intimé. Par ailleurs, la recourante obtenant gain de cause, une indemnité de 2'000 fr. lui est accordée à titre de dépens (art. 61 let. g LPGA).

**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 de l'OAI du 26 septembre 2006 en tant qu'elle rejette la demande.
4. Renvoie la cause à l'OAI pour nouvelle décision dans le sens des considérants.
5. Condamne l'intimé au versement d'un montant de 2'000 fr. à la recourante à titre de dépens.
6. Met un émolument de 500 fr. à la charge de l'intimé.
7. 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

Nathalie LOCHER

Doris GALEAZZI-
WANGELER

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