

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/87/2015

ATAS/977/2015

COUR DE JUSTICE
Chambre des assurances sociales

Arrêt du 18 décembre 2015

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à CHÂTELAINE, représentée par
l'Association permanence défense des patients et assurés (APAS)

recourante

contre

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

intimé

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

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en 1960, a travaillé à plein temps comme femme de chambre, de 1998 à juin 2000, date à compter de laquelle elle a été mise en arrêt de travail à 50%.
2. En novembre 2000, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office de l'assurance-invalidité du Jura, qui, par décision du 11 mai 2004, lui a reconnu le droit à une demi-rente d'invalidité à compter du 1er novembre 2000.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une instruction ayant permis de recueillir notamment les éléments suivants :

- un rapport du docteur B_____, de la consultation de rhumatologie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), du 23 février 2000, concluant à une fibromyalgie (15/18 points) et à une probable épicondylite du coude gauche ; le médecin relevait une symptomatologie claire de fibromyalgie, associant une asthénie et des douleurs diffuses, réagissant mal aux antalgiques et exacerbée par l'effort ; il précisait avoir encouragé sa patiente à perdre du poids et à reprendre une activité professionnelle, d'abord à temps partiel ; il relevait une compliance médicamenteuse plutôt mauvaise ; enfin, il précisait que la symptomatologie du coude gauche - qui pouvait évoquer une épicondylite associée - avait été traitée par infiltrations de stéroïdes ;
- une expertise médicale réalisée le 11 février 2000 par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, à l'intention de l'assurance perte de gain, concluant à un probable trouble somatoforme douloureux et relevant notamment que l'anamnèse ne mettait en exergue que peu de symptômes dépressifs et que la physionomie de l'assurée, de même que l'anamnèse psychique, ne suggéraient pas de diagnostic psychique ;
- un bref rapport du docteur D_____, médecin-traitant de l'assurée, du 12 septembre 2000, concluant à une fibromyalgie, à une épicondylite du coude gauche, à un état dépressif et à une totale incapacité de travail depuis le 13 novembre 1999, ramenée à 50% depuis le 1er juin 2000 ;
- un rapport du Dr D_____ du 5 février 2001 faisant mention d'un état stationnaire et d'une incapacité de travail de 50% ; les diagnostics retenus étaient les suivants : obésité, fibromyalgie, épicondylite du coude gauche et état dépressif ;
- un rapport du Dr D_____ du 22 octobre 2002 faisant état d'une aggravation et concluant dans le même temps à un état stationnaire (sic) et à une incapacité de travail de 50% ;
- un rapport d'examen bidisciplinaire rédigé le 27 mars 2003 par les docteurs E_____, spécialiste FMH en médecine interne et rhumatologie et F_____, spécialiste FMH en

psychiatrie, médecins auprès du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR), retenant les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel moyen, chez une personnalité émotionnellement labile à traits dépendants, de trouble somatoforme douloureux, de discrets troubles statiques rachidiens assortis d'atteintes spondyloarthrosiques aux derniers étages, de suspicion de syndrome du tunnel carpien irritatif et d'obésité ; les médecins ont relevé que l'assurée - qui travaillait désormais à 50% dans la lingerie d'un établissement médico-social (EMS) - souffrait d'un état dépressif de degré moyen, d'une angoisse d'abandon, de troubles de l'attention et de la concentration ainsi que de la mémoire, d'insomnies, de fatigabilité importante, d'irritabilité ; sur le plan ostéo-articulaire les constatations radiologiques conduisaient à préconiser d'éviter le soulèvement répétitif de charges de plus de 15 kg ; la capacité de travail exigible était évaluée à 50% dans une activité adaptée, telle que celle de lingère ou de femme de chambre.

3. Au début de l'année 2007, une procédure de révision a été initiée, qui s'est clôturée par décision du 6 juin 2007, aux termes de laquelle l'office cantonal de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) a considéré que l'état de santé de l'intéressée n'avait pas évolué au point d'influencer son droit aux prestations.

L'assurée avait en effet indiqué, le 26 mars 2007, que son état était resté stationnaire, ce qu'avait confirmé son médecin-traitant le 11 avril 2007 (état dépressif, lombalgies chroniques, épicondylite du coude gauche et obésité).

4. Le 7 mai 2010, l'assurée a déposé une demande de révision en invoquant une aggravation de son état de santé (fibromyalgie, état dépressif et syndrome du tunnel carpien bilatéral), demande sur laquelle l'OAI a refusé d'entrer en matière par décision du 30 septembre 2010, au motif qu'aucune des atteintes présentées depuis fin 2009 ne justifiait d'incapacité de travail durable.

Cette décision a été rendue à l'issue d'une brève instruction ayant permis de recueillir les éléments suivants :

- un rapport rédigé le 20 janvier 2010 par le médecin-traitant, émettant un pronostic réservé et concluant à une totale incapacité de travail depuis juin 2010 en raison d'un état algique important ;
- un rapport établi le 20 avril 2010 par le docteur G_____, spécialiste FMH en chirurgie de la main, indiquant avoir procédé, en février de la même année, à une décompression du nerf médian au niveau du tunnel carpien droit et, en mars 2010, à celle du tunnel carpien gauche ; les suites immédiates de ces opérations avaient été favorables : les fourmillements au niveau des extrémités avaient complètement disparu et la récupération de la force s'était faite lentement à droite, ainsi qu'à gauche ; des douleurs ayant persisté au niveau du poignet droit, une radiographie de contrôle avait été pratiquée en avril 2010, qui avait montré des kystes de réabsorption au niveau de l'os scaphoïde et du trapèze, pouvant correspondre à un début d'arthrose.

5. Une nouvelle procédure de révision a été initiée fin 2012.

6. Le Dr D_____, dans un bref rapport de décembre 2012, a conclu à un état de santé stationnaire entraînant une totale incapacité de travail.
7. Dans un rapport du 2 décembre 2013, le docteur H_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, a retenu un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques, un trouble somatoforme douloureux persistant, un trouble de la personnalité et une personnalité anxieuse en précisant qu'il y avait eu aggravation du trouble de l'humeur en mai 2013, suite au décès de la sœur de l'assurée. Le psychiatre a conclu à une incapacité de travail de 50% de 1999 à avril 2013 et de 100% depuis mai 2013.
8. L'assurée a alors été adressée pour expertise au Centre d'expertise médicale (CEMed), plus particulièrement aux docteurs I_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie et J_____, spécialiste FMH en médecine interne, lesquels ont rendu leur rapport le 29 avril 2014.

Après une anamnèse détaillée, la relation des plaintes de l'assurée et la description de leurs observations objectives, les experts ont finalement conclu à l'absence d'atteinte ayant une répercussion sur la capacité de travail.

Ils ont en revanche mentionné un trouble dépressif récurrent épisode actuel léger sans syndrome somatique, une phobie spécifique (claustrophobie), un syndrome douloureux somatoforme persistant, une fibromyalgie, une fatigue chronique, une colopathie fonctionnelle et une rachialgie chronique, dont ils ont estimé qu'ils étaient sans effet sur la capacité de travail.

Ils ont nié l'existence d'une comorbidité psychiatrique suffisamment importante par sa gravité, son acuité et sa durée, celle d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable, celle d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, celle d'un échec des traitements conformes aux règles de l'art ou encore celle d'un état psychique cristallisé.

Les experts ont relevé une dissociation entre l'importance des plaintes et les observations somatiques objectives, l'examen clinique étant quasiment normal. La symptomatologie dépressive était décrite comme très intense et en contraste avec un examen psychiatrique ne relevant que de discrets signes de dépression. Il a été souligné que la prise en charge psychiatrique n'avait débuté qu'en août 2013 et le suivi régulier psychothérapeutique, en octobre.

Aucune limitation fonctionnelle n'a été retenue objectivement. Les médecins ont conclu à une pleine capacité de travail en temps et en rendement.

9. L'assurée, reçue par la division de réadaptation professionnelle de l'OAI en date du 7 octobre 2014, informée des tenants et aboutissants de la procédure de révision et des mesures de nouvelle réadaptation envisageables, a précisé qu'elle ne souhaitait pas entamer de telles mesures, de sorte que le mandat de réadaptation a été clôturé. En particulier, l'assurée a indiqué qu'elle « n'arrivera pas à suivre ce que nous lui

demandons en mesures », qu'elle n'acceptait pas les mesures de réadaptation et qu'elle se proposait de consulter un avocat.

10. Par décision du 24 novembre 2014, l'OAI a supprimé le versement de la rente avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision, en précisant qu'un éventuel recours n'aurait pas d'effet suspensif.

L'OAI a considéré que les diagnostics retenus n'avaient aucun fondement anatomique objectivable qui pourrait, du point de vue de la médecine des assurances, fonder une incapacité de travail durable, pas plus qu'il n'y avait de rattachement à une comorbidité psychiatrique ou une grave limitation fonctionnelle.

Il en a tiré la conclusion qu'il n'y avait pas d'élément susceptible de mettre en doute au degré de la vraisemblance prépondérante la capacité de l'assurée à surmonter sa douleur, de sorte qu'il était exigible de sa part qu'elle reprît son ancienne activité lucrative à plein temps.

11. Par écriture du 12 janvier 2015, l'assurée a interjeté recours auprès de la Cour de céans en concluant préalablement à la restitution de l'effet suspensif et, quant au fond, à ce que le droit à une rente entière d'invalidité lui soit reconnu, subsidiairement à ce que lui soient octroyées des mesures de réadaptation ainsi qu'une demi-rente durant la mise en œuvre de celles-ci.

En substance, la recourante reproche à l'intimé d'avoir appliqué à tort les dispositions finales de la modification de la loi sur l'assurance-invalidité et d'avoir fait une application erronée de ces dispositions transitoires.

A l'appui de son recours, la recourante produit un nouveau rapport du Dr H_____, son psychiatre-traitant, daté du 27 octobre 2014.

Ce médecin se dit très étonné des conclusions des experts du CEMed concernant l'étendue de l'atteinte à la santé psychique de sa patiente, nettement sous-évaluée, selon lui. Il rappelle avoir établi en décembre 2013 un rapport signalant une aggravation de l'état de santé de l'assurée dans son ensemble et évaluant sa capacité de travail à 0% depuis mai 2013 et maintient son diagnostic de trouble dépressif récurrent de gravité sévère à moyenne entraînant une incapacité de travail de 100 à 50%. En conclusion, le médecin « rejette l'avis de l'expert psychiatre qui a vu ma patiente une seule fois et la déclare apte au travail à 100% après quatorze ans d'incapacité de 50% reconnue par l'AI ».

Enfin, le médecin souligne avoir également retenu le diagnostic de personnalité anxieuse qu'il reproche à l'expert psychiatre de n'avoir pas retenu alors que, selon lui, il s'agit d'un facteur aggravant.

12. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 26 janvier 2015, a conclu au rejet de la demande de restitution de l'effet suspensif.
13. Par écriture du 9 février 2015, l'intimé a au surplus conclu au rejet du recours quant au fond.

L'intimé se réfère notamment à l'expertise du 11 février 2000 - qui retient comme diagnostic un probable trouble somatoforme douloureux et le fait que peu de symptômes dépressifs étaient présents -, le rapport des HUG du 23 février 2000 - qui conclut à une fibromyalgie - et le rapport du Dr D_____ du 14 avril 2000 - qui évoque les diagnostics de fibromyalgie et d'épicondylite du coude gauche.

Ainsi, à l'époque de la décision initiale, étaient retenus les diagnostics suivants : un trouble dépressif récurrent épisode moyen chez une personnalité émotionnellement labile à traits dépendants, un trouble somatoforme douloureux, de discrets troubles statiques rachidiens, une suspicion de syndrome du tunnel carpien irritatif et une obésité. Se référant à l'examen clinique bidisciplinaire du 18 février 2003, l'intimé soutient que la rente a bel et bien été octroyée à la recourante en raison du trouble somatoforme douloureux et du trouble dépressif récurrent, épisode moyen, les autres diagnostics mentionnés n'étant pas invalidants.

Pour le reste, il soutient que l'examen bidisciplinaire du CEMed doit se voir reconnaître pleine valeur probante. En particulier, il considère que le rapport du Dr H_____ ne fournit aucun élément médical objectif quant à l'état psychique de sa patiente et ne fait que donner une évaluation, sans justification, ce qui ne saurait suffire à écarter les conclusions du CEMed.

14. Par écriture du 4 mars 2015, la recourante a sollicité un délai supplémentaire afin de pouvoir recueillir certains éléments médicaux avant de répondre.
15. Par arrêt incident du 13 mars 2015 (ATAS/196/2015), la Chambre de céans a rejeté la demande de mesures provisionnelles.
16. Dans sa réplique du 15 avril 2015, la recourante a persisté dans ses conclusions.

La recourante persiste à soutenir que la sixième révision de l'AI ne lui est pas applicable. Selon elle, la demi-rente dont elle a bénéficié lui a été octroyée en raison de plusieurs atteintes à la santé et non pas exclusivement en raison d'une telle atteinte. Elle en veut pour preuve que le rapport du SMR du 18 février 2013 ne mentionne aucune atteinte non invalidante.

A titre subsidiaire, la recourante soutient qu'elle aurait dû se voir reconnaître à tout le moins le droit aux mesures de nouvelle réadaptation et la continuation du versement de sa rente durant leur mise en œuvre. A cet égard, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir attiré son attention sur le fait qu'elle serait immédiatement privée de rente si elle ne se soumettait pas à de telles mesures (cf. pce 12). Elle allègue que ses déclarations doivent simplement être interprétées comme une volonté de contester le principe de la suppression de sa rente.

17. Par écriture du 18 mai 2015, l'intimé a également persisté dans ses conclusions.

S'agissant plus particulièrement des mesures de nouvelle réadaptation, l'intimé soutient avoir reçu la recourante en ses locaux le 7 octobre 2014 et lui avoir à cette occasion expliqué les tenants et aboutissants de la révision de sa rente et les mesures de nouvelle réadaptation envisageables. L'intimé souligne que la

recourante a alors demandé à pouvoir discuter de la situation avec ses médecins traitants et dit vouloir contacter un avocat et en tire la conclusion qu'elle était donc parfaitement informée du cadre légal et des conséquences juridiques de son cas.

Par téléphone du 10 octobre, l'assurée a indiqué ne pas souhaiter entamer des mesures de nouvelle réadaptation en expliquant que, selon son psychiatre, elle n'arriverait pas à suivre les mesures qui lui étaient proposées.

L'intimé considère qu'en l'absence d'aptitude subjective de la part de la recourante, c'est à juste titre qu'il a clôturé son dossier.

Quant à la volonté de la recourante de contester le principe de la suppression de sa rente, l'intimé y voit une preuve supplémentaire de son absence de volonté de se soumettre à des mesures de réadaptation.

EN DROIT

1. Conformément à l'art. 134 al. 1 let. a ch. 2 de la loi sur l'organisation judiciaire, du 26 septembre 2010 (LOJ - E 2 05) en vigueur depuis le 1er janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA - RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI - RS 831.20).

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

2. Le recours ayant été déposé dans le respect des forme et délai légaux, il y a lieu d'entrer en matière.
3. A teneur de l'art. 1 al. 1 LAI, les dispositions de la LPGA s'appliquent à l'assurance-invalidité, à moins que la loi n'y déroge expressément.

Toutefois, les modifications légales contenues dans la LPGA constituent, en règle générale, une version formalisée dans la loi de la jurisprudence relative aux notions correspondantes avant l'entrée en vigueur de la LPGA; il n'en découle aucune modification du point de vue de leur contenu, de sorte que la jurisprudence développée à leur propos peut être reprise et appliquée (ATF 130 V 343 consid. 3).

Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles

transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, la décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur des modifications de la LAI suscitées. Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à des prestations d'invalidité doit être examiné au regard des modifications de la LAI consécutives aux 4^{ème}, 5^{ème} et 6^{ème} révisions de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Cela étant, ces nouvelles n'ont pas amené de modifications substantielles en matière d'évaluation de l'invalidité (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I.249/05 du 11 juillet 2006 consid. 2.1 et Message concernant la modification de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 22 juin 2005, FF 2005 p. 4322).

4. Est litigieuse en l'espèce la suppression de la demi-rente d'invalidité versée à la recourante sous l'angle des dispositions finales de la LAI relatives à la 6^{ème} révision de l'AI.
5. Aux termes de l'art. 8 al. 1^{er} LPGA, est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle qui est présumée permanente ou de longue durée.

Selon l'art. 7 LPGA, est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, 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 (al 1). Seules les conséquences de l'atteinte à la santé sont prises en compte pour juger de la présence d'une incapacité de gain. De plus, il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable (al. 2, en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2008).

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est donc comparé avec celui qu'il pourrait obtenir en exerçant l'activité qui peut raisonnablement être exigée de lui après les traitements et les mesures de réadaptation, sur un marché du travail équilibré (art. 16 LPGA et art. 28 al. 2 LAI).

6. Selon la let. a al. 1 des dispositions finales de la LAI concernant la modification du 18 mars 2011 (6^{ème} révision, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2012), les rentes octroyées en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique sont réexaminées dans un délai de trois ans à compter de l'entrée en vigueur de la modification.

Si les conditions visées à l'art. 7 LPGA ne sont pas remplies, la rente sera réduite ou supprimée, même si les conditions de l'art. 17 al. 1 LPGA (concernant la révision en cas de modification notable du taux d'invalidité) ne sont pas remplies (let. a al. 1 des dispositions finales de la LAI concernant la modification du 18 mars 2011).

L'al. 4 de la let. a précise que l'al. 1 ne s'applique pas aux personnes qui ont atteint 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la modification, ou qui touchent une rente de l'assurance-invalidité depuis plus de quinze ans au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen.

7. Un arrêt du Tribunal fédéral a précisé les conditions auxquelles un réexamen du droit de la rente sur la base de la let. a al. 1 des dispositions finales pouvait avoir lieu (cf. arrêt 8C_972/2012 du 31 octobre 2013 consid. 10 ; cf. également arrêt 9C_748/2013). Ainsi, il n'est pas nécessaire qu'une modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA soit intervenue. En outre, la rente d'invalidité versée jusqu'alors doit avoir été accordée uniquement ("ausschliesslich") en raison d'un syndrome sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique, au nombre desquels on compte la fibromyalgie (ATF 132 V 65). Au moment de la révision, seul ce diagnostic doit subsister; il convient également d'examiner si l'état de santé s'est dégradé (consid. 10.1.2 de l'arrêt cité). Enfin, il faut vérifier si les «critères de Foerster» sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux (consid. 10.1.3 de l'arrêt cité).
8. La recourante soutient que la 6ème révision de l'AI ne lui est pas applicable car, selon elle, la demi-rente dont elle a bénéficié lui a été octroyée en raison de plusieurs atteintes à la santé.

En l'espèce, la décision initiale d'octroi de rente du 11 mai 2004 repose sur plusieurs rapports médicaux. Le Dr B_____ a ainsi conclu à une fibromyalgie claire et à une probable épicondylite du coude gauche, tout en précisant que celle-ci avait été traitée par infiltrations de stéroïdes (cf. son rapport du 23 février 2000). L'expert C_____ a conclu à un probable trouble somatoforme douloureux, en relevant l'absence d'arguments pour le moindre diagnostic psychique. Quant au rapport d'examen bidisciplinaire des Drs E_____, et F_____, il mentionnait certes plusieurs autres diagnostics, en dehors du trouble somatoforme douloureux (trouble dépressif récurrent, épisode moyen, personnalité émotionnellement labile à traits dépendants, discrets troubles statiques rachidiens assortis d'atteintes spondyloarthrosiques aux derniers étages, suspicion de syndrome du tunnel carpien irritatif et obésité), mais, contrairement à ce que soutient la recourante, on ne voit pas que l'incapacité de travail de 50% retenue l'aurait été pour d'autres motifs que le trouble somatoforme douloureux : le syndrome du tunnel carpien irritatif était seulement soupçonné et le trouble statique rachidien qualifié de « discret ». Quant au trouble dépressif récurrent moyen, il faisait partie intégrante du trouble somatoforme et n'atteignait pas non plus un degré de gravité suffisant pour se voir reconnaître un caractère invalidant à lui seul (l'expert C_____ avait d'ailleurs, pour sa part, exclu toute atteinte psychique). On relèvera d'ailleurs que, même par la suite, le médecin traitant, dans un rapport rédigé en janvier 2010 n'invoquait, pour justifier l'incapacité de travail, qu'un état algique important.

Force est donc de constater que c'est bel et bien uniquement le seul trouble somatoforme douloureux qui a justifié initialement l'octroi d'une demi-rente d'invalidité à la recourante.

Reste à examiner si, au moment de la révision, entamée fin 2012, seul ce diagnostic subsiste.

En décembre 2012, le médecin traitant a qualifié l'état de sa patiente de stationnaire.

Le psychiatre traitant a en revanche fait état d'une aggravation du trouble de l'humeur, qualifié désormais de « sévère », ce que n'ont pas corroboré par les experts du CEMed, qui, eux, l'ont qualifié de « léger ». S'ils ont certes retenu d'autres diagnostics que celui de trouble somatoforme douloureux, ils les ont jugés sans incidence sur la capacité de travail de l'intéressée. S'il ressort de ces éléments que la recourante souffre encore, en sus d'un trouble somatoforme douloureux persistant, d'une rachialgie chronique et, éventuellement, d'angoisse, ces atteintes ne sont pas considérées par les experts comme susceptibles d'entraîner une diminution de la capacité de travail et donc de gain.

Enfin, il faut vérifier si les «critères de Foerster» sont remplis et s'ils permettent de conclure au caractère invalidant du trouble somatoforme douloureux.

9. Les atteintes à la santé psychique peuvent, comme les atteintes physiques, entraîner une invalidité au sens de l'art. 4 al. 1 LAI en liaison avec l'art. 8 LPGA. On ne considère pas comme des conséquences d'un état psychique malade, 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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

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 127 V 294 consid. 4c, ATF 102 V 165; VSI 2001 p. 224 consid. 2b et les références).

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 237/04 du 30 novembre 2004 consid. 4.2)

10. Le Tribunal fédéral a durant longtemps déterminé les conditions auxquelles des tableaux cliniques psychosomatiques (cf. ATF 137 V 64, consid. 4.3, p. 69) pouvaient donner droit à une rente d'invalidité (ATF 130 V 352, consid. 2.2.2, p. 353, ATF 131 V 49, consid. 1.2, p. 50) en se basant sur la présomption qu'il était possible de surmonter un trouble douloureux somatoforme ou ses effets par un

effort de volonté raisonnablement exigible. Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail pouvait résulter de facteurs déterminés, qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Au premier plan figurait l'existence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. Les autres critères déterminants étaient : la présence d'affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, « fuite dans la maladie ») et l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352).

Mais dans un arrêt récent (9C_492/2014 du 3 juin 2015), notre Haute Cour a repensé la jurisprudence établie depuis l'ATF 130 V 352 en tenant compte, d'une part, de l'expérience accumulée au cours des onze années s'étant écoulées depuis cet arrêt de principe, d'autre part, des critiques formulées par la doctrine médicale et juridique à l'encontre de cette jurisprudence et de sa mise en œuvre.

Le Tribunal fédéral a dû convenir que la présomption du caractère surmontable retenue jusqu'alors s'opposait à deux égards à une investigation complète des circonstances déterminantes pour l'incapacité de travail : d'une part, la focalisation sur des indices pouvant éventuellement renverser la présomption avait pour conséquence que l'on cherchait avant tout des aspects invalidants, alors que les ressources avaient tendance à être négligées, d'autre part, la présomption du caractère surmontable incitait parfois à sélectionner sur la base des critères les éléments de fait déterminants de manière à ce que le cas type soit réalisé, ce qui conduisait à une schématisation contraire à la libre appréciation des preuves et à l'application d'office du droit. Au surplus, la présomption favorisait la conception que le caractère surmontable était indivisible, de sorte que seule une incapacité de travail entière pouvait entrer en considération (arrêt op. cit. consid. 3.4.2).

Fort de ce constat, le Tribunal fédéral a choisi de remplacer le modèle règle/exception ayant cours jusqu'alors par une grille d'analyse structurée et normative (arrêt op. cit. consid. 3.6). Il préconise une nouvelle méthode pour apprécier la question de savoir si le trouble douloureux diagnostiqué entraîne une incapacité de travail entière ou partielle : au moyen d'un catalogue d'indicateurs, la capacité de travail effectivement atteignable est soumise à une appréciation symétrique sans résultat prédéfini – qui tient compte des facteurs extérieurs incapacitants, d'une part, des potentiels de compensation (ressources), d'autre part (arrêt op. cit. consid. 3.6).

Il sied toutefois de souligner que l'abandon de la présomption du caractère surmontable de la douleur n'a pas d'influence sur l'exigibilité et la nécessité d'une preuve objective : il n'y a incapacité de gain que si celle-ci n'est pas objectivement surmontable.

11. Les observations médicales constituent le point de départ de l'examen du droit à la rente : une limitation de la capacité de travail ne peut donner droit à des prestations que si elle résulte d'une atteinte à la santé ayant fait l'objet d'un diagnostic indiscutable, établi par un médecin spécialiste de la discipline concernée et s'appuyant *lege artis* sur les critères d'un système de classification reconnu (arrêt op. cit., consid. 2.1 ; ATF 130 V 396 consid. 5.3).
12. Le diagnostic du syndrome douloureux somatoforme persistant basé sur les concepts du système médical de classification n'amenant à constater une importante atteinte à la santé relevant du droit de l'assurance-invalidité que si le diagnostic est valable également du point de vue des motifs d'exclusion cités dans l'ATF 131 V 49, il conviendra également que les experts se prononcent sur l'existence ou non de ceux-ci (limitation résultant d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable [se manifestant par une discordance substantielle entre les douleurs décrites et le comportement observé ou l'anamnèse, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins médicaux, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ou encore, l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact], étant précisé qu'un simple comportement explicite n'indique pas en soi une exagération ; arrêt op. cit. consid. 2.2.1).
13. Comme pour toutes les autres atteintes à la santé psychique, le diagnostic de troubles somatoformes douloureux persistants ne constitue pas encore une base suffisante pour conclure à une invalidité.

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

Le caractère non exigible de la réintégration dans le processus de travail peut résulter de facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendent la personne incapable de fournir cet effort de volonté. Dans un tel cas, en effet, l'assuré ne dispose pas des ressources nécessaires pour vaincre ses douleurs. La question de savoir si ces circonstances exceptionnelles sont réunies doit être tranchée de cas en cas.

Compte tenu des difficultés, en matière de preuve, à établir l'existence de douleurs, les simples plaintes subjectives de l'assuré ne sauraient suffire pour justifier une invalidité (entière ou partielle). Dans le cadre de l'examen du droit aux prestations de l'assurance sociale, l'allégation de douleurs doit être confirmée par des observations médicales concluantes, à défaut de quoi une appréciation de ce droit

aux prestations ne peut être assurée de manière conforme à l'égalité de traitement des assurés.

14. La nouvelle approche préconisée par le Tribunal fédéral entraîne des adaptations dans la formulation des indicateurs et un certain élargissement matériel des aspects déterminants de l'examen. S'il est ainsi possible de se baser sur la liste de critères utilisée jusqu'alors, cette liste doit cependant être utilisée en tenant toujours compte des circonstances du cas particulier (il ne s'agit pas d'une « check-list où il suffit de cocher des rubriques ») et elle n'est pas non plus immuable en tant que telle mais ouverte aux connaissances médicales nouvellement établies qui, en tant que réalités juridiques, marquent la conception de la liste de leur empreinte (cf. arrêt op. cit. consid. 4.1.1). Il s'impose dès lors d'abandonner l'importance prioritaire de la comorbidité psychique et de renoncer à faire référence au bénéfice primaire de la maladie.

On ne parle plus de « critères » mais d'« indicateurs », c'est-à-dire d'éléments de preuve déterminants servant à établir un état de fait donné (arrêt op. cit. consid. 4.1.29.), les réponses des experts médicaux constituant des indices devant aider à pallier à la difficulté d'apporter la preuve dans l'évaluation de l'incapacité de travail lors de troubles psychosomatiques.

15. 1. Le premier indicateur mentionné est celui de « l'expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes ».

A cet égard, on attend des experts que leurs constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles qui résultent de l'atteinte des conséquences (directes) de facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. C'est dans ce cadre qu'il convient d'examiner, par exemple, s'il y a exagération sans qu'il faille a priori exclure de ce fait une atteinte à la santé significative sur le plan juridique. La gravité de l'évolution de la maladie doit aussi être rendue plausible à l'aide de tous les éléments disponibles provenant de l'étiologie et de la pathogenèse déterminantes pour le diagnostic. Si la description du trouble douloureux somatoforme dans la CIM-10, chiffre F45.4 met notamment en évidence des facteurs étiologiques (la caractéristique du trouble est qu'il survient « dans un contexte de conflits émotionnels et de problèmes psychosociaux » qui jouent le rôle principal pour le début, le degré de gravité, l'exacerbation ou la persistance des douleurs), en revanche, la notion du bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée pour estimer le degré de gravité de la maladie (arrêt op. cit. consid. 4.3.1.1.).

2. Le second indicateur mentionné est le succès du traitement ou la résistance à cet égard, c'est-à-dire l'évolution et le résultat des thérapies.

L'échec définitif d'une thérapie médicalement indiquée, réalisée lege artis sur un assuré qui coopère de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif, alors qu'on ne pourra rien déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie si,

en revanche, le traitement resté sans résultat ne correspond pas (ou plus) à l'état actuel de la médecine ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce. Les troubles psychiques de type somatoforme ne sont considérés comme invalidants que s'ils sont graves et qu'ils ne peuvent pas (ou plus) être traités médicalement, ce qui découle a contrario de la jurisprudence constante (parmi beaucoup d'autres jugement 9C_736/2011 du 7 février 2012, consid. 4.2.2.1 et autres références citées) à laquelle le Tribunal fédéral considère qu'il convient de se tenir. En cas de maladie de relativement courte durée - donc pas encore devenue vraiment chronique -, des options thérapeutiques devraient généralement encore exister et une résistance au traitement devrait donc être exclue. Sans une accentuation de la douleur à long terme, une incapacité de travail invalidante n'est guère imaginable ; il en va déjà de même pour le diagnostic.

Des déductions sur le degré de gravité de l'atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation au sens juridique. Lorsque de telles mesures entrent en considération après une évaluation médicale et que l'organe d'exécution les offre mais que la personne demandant une rente n'y participe pas, cela est considéré comme un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (arrêt op. cit. consid. 4.3.1.2)

3. Le troisième indicateur réunit les anciens critères de « comorbidité psychiatrique » et de « maladies physiques concomitantes », en vertu de la nécessité de l'approche globale des interactions et autres corrélations du trouble douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes préconisée par le Tribunal fédéral.

Il est renoncé à l'importance prépondérante accordée jusqu'alors à la comorbidité psychiatrique : la comorbidité psychique n'est plus prioritaire de manière générale mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive la personne assurée de ressources. L'importance accordée jusque-là à « sa gravité, son acuité et sa durée » n'est plus pertinente. La nécessité d'une approche globale est en principe applicable indépendamment de la situation de la relation entre le syndrome douloureux et la comorbidité. C'est pourquoi, par exemple, une dépression ne perd plus toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources du seul fait de sa connexité médicale (éventuelle) avec le trouble douloureux. Toutefois, les tableaux cliniques qui apparaissent comme de simples variantes de la même entité dans des qualifications différentes sur le plan diagnostique sur la base de symptômes identiques ne constituent d'emblée pas une comorbidité. Sinon, l'atteinte à la santé pouvant être qualifiée et décrite de plusieurs manières serait évaluée à double.

Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel, n'est pas une comorbidité mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité.

Le Tribunal fédéral, s'interrogeant sur l'existence d'une relation linéaire entre le nombre de douleurs physiques ne s'expliquant pas suffisamment d'un point de vue organique et le degré de gravité de l'atteinte fonctionnelle, a souligné qu'il convenait d'éviter de retomber dans un examen schématique de type « plus le nombre des diverses plaintes est grand, plus les limitations fonctionnelles sont élevées » ; le risque serait alors que, dans la pratique, les symptômes et les résultats médicaux soient simplement juxtaposés et évalués de manière purement mécanique et quantitative, ce qui fausserait le regard sur l'effet global du tableau clinique pour établir le statut fonctionnel (arrêt op. cit. consid. 4.3.1.3)

4. A ces trois premiers indicateurs concernant le degré de gravité fonctionnel de l'atteinte à la santé, s'ajoute un quatrième, relatif à la personnalité.

En effet, du fait de la prise en compte renforcée des ressources, le complexe de la personnalité (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales) gagne en importance. Cela recouvre non seulement les formes classiques du diagnostic de la personnalité - qui vise à saisir la structure et les troubles de la personnalité - , mais également le concept de ce qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » - qui désigne les capacités inhérentes à la personnalité. Il s'agit de tirer des déductions sur la capacité de travail (conscience de soi et de l'autre, épreuve de réalité et la formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, capacité à se référer à un objet, motivation, notamment) et de clarifier les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé. Mais, vu que le diagnostic de la personnalité dépend dans une plus forte mesure du médecin qui effectue les examens que d'autres indicateurs, les exigences en matière de motivation sont ici particulièrement élevées (cf. arrêt op. cit. consid. 4.3.2).

5. Enfin, le contexte social, qui influence aussi la manière dont se manifestent concrètement les effets de l'atteinte à la santé, constitue un cinquième indicateur.

A ce sujet, il y a deux choses à retenir : d'une part, dans la mesure où elles ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, les contraintes sociales continuent à ne pas être prises en considération. D'autre part, des ressources (mobilisables) peuvent aussi être tirées du contexte de vie de la personne assurée, notamment le soutien dont elle bénéficie dans son réseau social. Il faut toujours s'assurer que l'incapacité de gain pour des raisons de santé, d'une part, et l'absence de revenus non assurée ou d'autres situations éprouvantes, d'autre part, ne se recouvrent pas (arrêt op. cit. consid. 4.3.3).

16. L'aspect de la cohérence étant décisif en matière de preuve (arrêt op. cit. consid. 4.4), des indicateurs sont là aussi envisagés par le Tribunal fédéral.

1. En premier lieu, celui de la limitation uniforme du niveau d'activité dans tous les domaines comparables de la vie, qui revient à se demander si la limitation en

question se manifeste de la même manière dans la profession et l'activité rémunérée (ou, pour les personnes sans activité lucrative, dans les actes habituels de la vie), d'une part, et dans les autres domaines de la vie (p. ex. l'organisation des loisirs), d'autre part. L'ancien critère du retrait social doit être interprété de telle sorte qu'il ne se réfère pas qu'à des limitations mais concerne aussi les ressources ; à l'inverse, un retrait conditionné par une maladie peut cependant aussi diminuer encore les ressources. Il est recommandé d'effectuer aussi une comparaison avec le niveau d'activité sociale avant la survenance de l'atteinte à la santé. Le niveau d'activité de la personne assurée doit toujours être considéré en relation avec l'incapacité de travail alléguée (arrêt op. cit. consid. 4.4.1).

2. En second lieu, la prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet (en complément au point de vue du succès du traitement et de la réadaptation ou de la résistance à ceux-ci) d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois le cas que si le comportement en question n'est pas influencé par la procédure en cours en matière d'assurance. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsqu'il est clair que le refus ou la mauvaise acceptation d'une thérapie recommandée et accessible doit être attribué à une incapacité (inévitabile) de la personne assurée à reconnaître sa maladie. De manière similaire, il faut tenir compte du comportement de la personne assurée dans le cadre de sa réadaptation professionnelle (et de ses propres efforts de réadaptation) : un comportement manquant de cohérence est, là aussi, un indice que la limitation alléguée serait due à d'autres raisons qu'une atteinte à la santé assurée (arrêt op. cit. consid 4.4.2).

17. 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. A cet égard, il importe que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description des interférences médicales soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 125 V 351 consid. 3).

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 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3, ATF 126 V 353 consid. 5b, ATF 125 V 193 consid. 2). 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 319 consid. 5a).

18. Il convient encore de préciser que les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve : il convient de procéder à un examen global du cas particulier avec ses spécificités et les griefs invoqués et d'examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut suffire (cf. arrêt du TF op. cit. consid. 8).
19. En l'espèce, dans la mesure où le diagnostic de trouble somatoforme douloureux a été retenu, il convient d'examiner, à l'aune de la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral, s'il peut se voir reconnaître un caractère invalidant. En effet, la nouvelle jurisprudence s'applique aux affaires pendantes devant un tribunal au moment du changement (ATF 108 V 3).

La Chambre de céans constate que le rapport du CEMed du 29 avril 2014 se fonde sur une anamnèse détaillée, des examens cliniques de la recourante et qu'il tient compte des plaintes rapportées par cette dernière. Il a été établi en pleine connaissance du dossier.

A la lecture de l'ensemble des pièces versées au dossier, il n'apparaît pas que les experts du CEMed auraient ignoré des éléments cliniques ou diagnostiques essentiels. Leur appréciation ne diverge de celle du psychiatre traitant que quant au degré de gravité de l'atteinte psychique, mais leur analyse apparaît bien plus motivée que celle du Dr H_____. Partant, l'avis divergent du psychiatre traitant concernant la capacité de travail de la recourante n'est pas de nature à mettre sérieusement en doute l'analyse des experts du CEMed.

De même, sur le plan physique, les médecins qui se sont prononcés sont unanimes pour reconnaître qu'il n'existe aucune atteinte objective permettant d'expliquer la symptomatologie douloureuse et les plaintes de l'assurée en dehors de quelques troubles du rachis entraînant des limitations fonctionnelles mineures.

Si, dans son arrêt, le Tribunal fédéral a notamment abandonné la présomption du caractère surmontable d'un trouble somatoforme douloureux, il a en revanche maintenu, voire renforcé la portée des motifs d'exclusion, aux termes desquels il y a lieu de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance lorsque les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable.

Or, en l'espèce, les experts font état de constats allant dans le sens d'une exagération. Ainsi, ils soulignent, d'une part, que l'examen clinique physique est quasiment normal et, d'autre part, que la symptomatologie dépressive, décrite comme très intense, contraste avec un examen ne montrant que de discrets signes de dépression. Ces éléments justifient d'admettre l'existence de motifs d'exclusion au sens de l'ATF 141 V 281 et de conclure à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant droit aux prestations d'assurance.

Il convient donc de retenir, au degré de la vraisemblance prépondérante, que le trouble somatoforme de la recourante n'entraîne aucune limitation au sens de l'assurance-invalidité.

20. Il ressort de ce qui précède que les conditions permettant le réexamen de la situation de la recourante sous l'angle de la 6^{ème} révision sont remplies.

On ajoutera que l'assurée, né en 1960, n'avait pas atteint l'âge de 55 ans au moment de l'entrée en vigueur de la 6^{ème} révision, en janvier 2012 (cf. let. a al. 4 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011).

Cela ne faisait pas 15 ans qu'elle touchait sa rente au moment de l'ouverture de la procédure de réexamen, fin 2012 (cf. let. a al. 4 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011).

21. Se pose en revanche la question de savoir si la recourante a droit aux mesures de nouvelle réadaptation.

En effet, selon la lettre a al. 2 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011, en cas de réduction ou de suppression de rente, l'assuré a droit aux mesures de nouvelle réadaptation au sens de l'art. 8a.

Selon le premier alinéa de cette disposition, les bénéficiaires de rente ont droit à des mesures de nouvelle réadaptation si leur capacité de gain peut, selon toute vraisemblance, être améliorée et si ces mesures sont de nature à améliorer leur capacité de gain.

Selon le second alinéa, les mesures de nouvelle réadaptation destinées aux bénéficiaires de rente comprennent :

- a. des mesures de réinsertion préparant à la réadaptation professionnelle;
- b. des mesures d'ordre professionnel;
- c. la remise de moyens auxiliaires;
- d. l'octroi de conseils et d'un suivi aux bénéficiaires de rente et à leur employeur.

La lettre a al. 3 des dispositions finales de la modification du 18 mars 2011 précise que, durant la mise en œuvre de telles mesures, l'assurance continue de verser la rente à l'assuré, mais au plus pendant deux ans à compter du moment de la suppression ou de la réduction de la rente.

En l'espèce, la recourante reproche à l'intimé de ne pas avoir attiré son attention sur le fait qu'elle serait immédiatement privée de rente si elle ne se soumettait pas aux mesures proposées. Elle soutient que si elle conteste effectivement, à titre principal, la suppression de sa rente, cela ne signifie pas pour autant qu'elle refuse de se soumettre à de telles mesures, dont elle demande l'octroi à titre subsidiaire.

Ainsi que cela ressort du rapport de réadaptation professionnelle du 7 octobre 2014, l'assurée a été reçue dans les locaux de l'intimé. A cette occasion, lui ont été expliqués : « le cadre légal actuel, les tenants et aboutissants de cette révision de rente et les mesures de nouvelle réadaptation envisageables ». L'assurée a alors indiqué qu'elle souhaitait en discuter avec ses médecins, puis qu'elle souhaitait consulter un avocat, avant d'indiquer qu'elle ne souhaitait pas entamer de telles mesures, expliquant que « selon son psychiatre, elle n'arrivera pas à suivre ce que [l'AI lui demandait] en mesure ».

Le droit à une mesure de réadaptation déterminée de l'assurance-invalidité présuppose qu'elle soit appropriée au but de réadaptation poursuivi et cela tant objectivement, en ce qui concerne la mesure, que subjectivement, en rapport avec la personne de l'assuré. En effet une mesure de réadaptation ne peut être efficace que si la personne à laquelle elle est destinée est susceptible, partiellement au moins, d'être réadaptée. Partant, si l'aptitude subjective de réadaptation de l'assuré fait défaut, l'administration peut refuser de mettre en œuvre une mesure ou y mettre fin (arrêt I 370/98 du 26 août 1999, publié in VSI 2002 p. 111).

En premier lieu, on relèvera qu'il ne suffit pas, pour nier la condition subjective mise à l'allocation d'une mesure de réadaptation, de relever que la recourante n'a conclu à l'octroi d'une telle mesure que subsidiairement. Le fait qu'elle conteste que les conditions de suppression de sa rente soient réunies ne préjuge en rien de la motivation qui serait la sienne si elle devait être déboutée de ses conclusions principales.

Selon l'art. 21 al. 4 LPGGA (voir également l'art. 7 al. 1 LAI), les prestations peuvent être réduites ou refusées temporairement ou définitivement si l'assuré se soustrait ou s'oppose, ou encore ne participe pas spontanément, dans les limites de ce qui peut être exigé de lui, à un traitement ou à une mesure de réinsertion professionnelle raisonnablement exigible et susceptible d'améliorer notablement sa capacité de travail ou d'offrir une nouvelle possibilité de gain. Une mise en demeure écrite l'avertissant des conséquences juridiques et lui impartissant un délai de réflexion convenable doit lui avoir été adressée.

Le sens et le but de la procédure de mise en demeure prescrite à l'art. 21 al. 4 LPGGA est de rendre l'assuré attentif aux conséquences négatives possibles d'une attitude rénitente à collaborer, afin qu'il soit à même de prendre une décision en pleine connaissance de cause et, le cas échéant, de modifier sa conduite. Une telle procédure doit s'appliquer même lorsque l'assuré a manifesté de manière claire et incontestable qu'il n'entendait pas participer à un traitement ou à une mesure de

réadaptation (arrêt I 605/04 du 11 janvier 2005, consid. 2 et les références, publié in SVR 2005 IV n° 30 p. 113; voir également les arrêts I 265/05 du 3 octobre 2005, consid. 4, et I 485/04 du 16 décembre 2004, consid. 6.1).

Ainsi qu'il ressort des pièces figurant au dossier, aucune mise en demeure formelle n'a été en l'occurrence adressée à la recourante. Dès lors, nonobstant la volonté clairement exprimée par la recourante en octobre 2014, la cause doit être renvoyée à l'office AI afin qu'il statue à nouveau sur le droit à des mesures de réadaptation après avoir procédé à la sommation légale prévue à l'art. 21 al. 4 LPG. En ce sens, le recours se révèle bien fondé.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour ce dernier de statuer à nouveau, après sommation, sur le droit de l'assurée à des mesures de réadaptation.
4. Rejette le recours pour le surplus.
5. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 1'500.- à titre de participation à ses frais et dépens.
6. Met un émolument de CHF 200.- 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

Marie-Catherine SÉCHAUD

Karine STECK

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