

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/982/2009

ATAS/1052/2009

ARRET

**DU TRIBUNAL CANTONAL DES
ASSURANCES SOCIALES**

Chambre 5

du 26 août 2009

En la cause

Madame O _____, domiciliée à Genève, représentée par _____
Madame P _____, CSP-CENTRE SOCIAL PROTESTANT

recourante

contre

OFFICE CANTONAL DE L'ASSURANCE-INVALIDITE, sis rue _____
de Lyon 97, Genève

intimé

**Siégeant : Maya CRAMER, Présidente; Christine BULLIARD MANGILI et Monique
STOLLER FÜLLEMANN, Juges assesseurs**

EN FAIT

1. Madame O _____, née en 1953 en Bosnie-Herzégovine, mariée et mère de trois enfants nés en 1975, 1978 et 1990, est arrivée en Suisse en 1993. Elle a travaillé de juin 1998 à décembre 2000, puis de mai à juillet 2001 pour X _____ Services SA en tant que nettoyeuse. En 1999 et 2000, elle a réalisé un salaire annuel de respectivement 7'223 fr. et 7'272 fr. dans cette entreprise.
2. Par demande reçue le 19 novembre 2002, elle requiert des prestations de l'assurance-invalidité en vue de l'obtention d'une rente.
3. Dans le questionnaire servant à déterminer le statut d'assuré, elle déclare, le 12 décembre 2002, qu'elle n'aurait pas exercé une activité lucrative, si elle était en bonne santé.
4. Selon le rapport du 27 décembre 2002 du Dr A _____, l'assurée souffre d'une thrombophilie, d'un status post multiples événements thrombo-emboliques, d'un status post-thrombose du sinus droit, sigmoïdien et transverse droits, de céphalées invalidantes et d'un état anxio-dépressif. Elle est en incapacité de travail à 100% depuis le 18 octobre 2001. Le Dr A _____ indique à cet égard qu'elle est sans activité lucrative. L'état est stationnaire et ne peut être amélioré par des mesures médicales. Dans les plaintes subjectives, il mentionne ce qui suit: "Céphalées invalidantes et insomniantes au début octobre 2001. Moral très bas. (Ne veut pas voir de psychiatre)". Dans les constatations objectives, il indique un bon état général, une thymie triste et des oedèmes aux deux chevilles.
5. Selon l'avis médical du 17 avril 2003 du Dr B _____ du Service médical régional AI (ci-après : SMR), l'assurée souffre d'une affection potentiellement grave, mais qui dans son cas n'a laissé aucune séquelle, dès lors que les maux de tête et les vomissements, présents au début de la maladie, devraient avoir disparu par la suite. Le Dr B _____ a interrogé le Dr A _____ qui lui a indiqué qu'il n'était pas au courant qu'une personne inactive professionnellement pouvait demander une rente d'invalidité. Selon le médecin traitant, l'assurée n'avait pas de séquelles, assumait son travail ménager à sa connaissance, mais vivait dans la crainte d'une nouvelle thrombose. Il estimait qu'il n'y avait aucune incapacité de travail pour des raisons somatiques.
6. Sur mandat de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : OCAI), l'assurée est soumise à une expertise psychiatrique par le Dr C _____. Pour la réalisation de cette expertise, la belle-fille de l'assurée sert d'interprète, dans la mesure où celle-ci ne s'exprime qu'en serbo-croate. Dans son rapport du 11 octobre 2003, l'expert pose les diagnostics de modification durable de la personnalité, après une expérience de catastrophe, et de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes psychotiques. Sur le plan psychiatrique, la capacité de

travail de l'expertisée est nulle depuis octobre 2001. En ce qui concerne les limitations, il indique que "Cette assurée présente des limitations au plan psychique et mental qui rendent bien improbable une quelconque activité en-dehors de son domicile". Le Dr C_____ formule la même appréciation, en ce qui concerne les limitations au plan social. Quant à l'influence des troubles sur l'activité exercée jusqu'ici, il déclare "Sans objet : la personne est inactive professionnellement". Dans l'anamnèse, il relève notamment que l'expertisée a accouché d'un enfant mort né en 1974 et a été incarcérée dans deux camps en Bosnie avec ses enfants en 1991, pendant la guerre. La ferme qu'elle avait construite avec son mari a été détruite. L'expert admet ne pas avoir exploré plus loin les expériences douloureuses de la guerre, l'assurée ne les ayant pas développées spontanément. Dans les plaintes et données subjectives, il indique que l'assurée regrette d'avoir dû quitter son pays et sa maison. Il mentionne en outre que "Les images, les représentations du passé envahissent son imaginaire, de nuit comme de jour, même lorsqu'elle s'occupe de ses petits enfants." Selon l'expert, elle peine par ailleurs à s'occuper d'eux. Elle s'inquiète constamment, sans savoir pourquoi. Elle a débuté un cours de français, mais a dû l'interrompre. Elle a peur des avions. Le bruit la dérange. Elle doit sortir accompagnée pour se rendre dans les grands-magasins, étant facilement désorientée et souffrant de palpitations. L'expert expose en outre ce qui suit:

"A son domicile, constamment, elle machine, elle prévoit sur un mode obsessionnel des activités de nettoyage qu'elle ne peut exécuter.

Ainsi, elle est amenée à s'en vouloir et à se fâcher sur elle-même.

Elle s'excuse tout le temps pour ne pas avoir fait ceci ou cela.

Elle se sent fatiguée, avant de débiter son travail. Puis, après quelques minutes d'activité, elle souffre de bouffées de chaleur, de sensations de vertige, de nervosité, de faiblesse, de paresthésies des membres supérieurs droits."

L'assurée évoque aussi des céphalées, des illusions et des hallucinations auditives. Avant de se coucher, elle vérifie trois à quatre fois si la porte de l'appartement est bien fermée. Toutefois, elle déclare prendre bien soin de sa toilette, sauf les jours de forte migraine. Après avoir bu un café le matin, elle prépare son repas de midi, entrecoupant ce travail par des pauses répétées. Selon l'expert, "elle s'active quotidiennement à son ménage qui est fait deux fois par jour plutôt qu'une fois par semaine".

7. Le 3 mars 2004, une enquête économique sur le ménage est réalisée. Selon le rapport du 9 mars 2004, l'assurée aurait exercé une activité lucrative à raison de deux heures par jour comme nettoyeuse, si elle n'était pas handicapée. Elle a arrêté cette activité en juillet 2001 à cause de son état de santé. Son mari est invalide à 100% et aidé par l'Office cantonal des personnes âgées. Le premier rapport

d'enquête figurant dans le dossier (doc. 23 intime) ne contient pas les limitations dans les différents domaines du ménage, dès lors que l'enquêteur a considéré qu'une telle enquête n'était pas un moyen de preuve adéquat pour évaluer les empêchements résultant de troubles d'ordre psychique. Le deuxième exemplaire de l'enquête économique sur le ménage figurant dans le dossier est identique au premier, sauf qu'il est complété à la main par les taux d'empêchement dans les différents domaines du ménage (cf. doc. 26 intime). Le taux d'empêchement global dans le ménage s'élève à 48%. Le degré d'invalidité total, dans l'activité lucrative et le ménage, est déterminé à 61%.

8. Après avoir déclaré, dans son avis médical du 7 avril 2004, qu'aucune capacité de travail n'était exigible en raison d'une pathologie psychiatrique majeure et invalidante, le Dr B_____ du SMR mentionne, dans son avis médical du 24 mai 2004, qu'il ressort de l'expertise, en ce qui concerne les empêchements dans le ménage, que l'assurée semble être du genre maniaque, faisant son ménage plutôt trop bien que pas assez, de façon obsessionnelle. Il estime ainsi qu'il n'y a pas d'empêchements majeurs dans les travaux du ménage.
9. Par décision du 21 janvier 2005, l'OCAI octroie à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} octobre au 31 décembre 2002, puis un trois-quarts de rente à compter de cette date. Cela étant, il retient que la capacité de travail est nulle dans l'activité lucrative de nettoyeuse, exercée à raison de 25%, et de 52% dans le ménage, soit d'un taux global de 61%.
10. En novembre 2007, l'OCAI entame une procédure de révision.
11. Dans son rapport du 14 février 2008, le Dr A_____ ajoute aux diagnostics déjà connus l'apparition d'angor, depuis juin 2007, et une cervicalgie invalidante sur la base d'une discopathie C5-C6. Ces atteintes ont une répercussion sur la capacité de travail. Quant aux diagnostics sans répercussion sur celle-ci, il ajoute aux diagnostics connus une lombalgie invalidante sur la base d'un pincement postérieur de l'espace intersomatique L5-S1. L'état s'aggrave, selon ce médecin. Dans les plaintes subjectives, il fait état de fréquentes oppressions rétro-sternales accompagnées de palpitations, d'une aggravation des céphalées depuis 2006, de vertiges et malaises de plus en plus fréquents. Dans les constatations objectives, il note une thymie triste, dyspnéique, des œdèmes des chevilles, une importante raideur de toute la colonne cervico-lombaire avec une percussion douloureuse, une mobilité limitée et signalée comme étant douloureuse dans tous les sens. Dans l'annexe au rapport médical relatif à la réinsertion professionnelle, il déclare que la patiente est sans activité lucrative. L'exercice d'aucune activité lucrative ne pourrait être exigée d'elle.
12. Dans son avis médical du 5 mars 2008, le Dr D_____ du SMR note que le Dr E_____, cardiologue, signale l'existence d'un angor atypique, avec une

hypertension artérielle et un bloc de branche, diagnostic posé sur la base de douleurs thoraciques et d'un électrocardiogramme. Une coronarographie a été déclinée. Un test d'effort, ainsi qu'un holter sont prévus pour mars 2008. Selon le Dr D_____, l'état de santé est insuffisamment instruit sur le plan cardiologique. Quant aux cervicalgies et lombalgies qualifiées d'invalidantes par le médecin traitant, cette appréciation contraste fortement avec les descriptions des examens radiologiques de février 2006 et de septembre 2005, lesquelles ne montrent que de très discrètes modifications dégénératives. Quant à l'expertise psychiatrique du Dr C_____, le Dr D_____ relève qu'il est surprenant que la belle-fille de l'assurée ait été retenue par l'expert en tant qu'interprète et que le diagnostic de changement de personnalité après une expérience de catastrophe ait été établi par "le tiers bien informé", soit précisément cette même belle-fille. Le Dr D_____ souligne également que l'expert a déclaré que "les deux femmes se côtoient quotidiennement et par tradition familiale, elles sont devenues très proches". Le Dr D_____ estime ainsi nécessaire de procéder à une nouvelle expertise.

13. En mai et juin 2008, l'assurée est soumise à une expertise au Centre d'expertise médicale (ci-après : CEMed), fonctionnant en tant que Centre d'observation médicale de l'assurance-invalidité (COMAI). Les médecins examinateurs sont le Dr F_____, rhumatologue, le Dr G_____, psychiatre, et le Dr H_____, cardiologue. Dans l'anamnèse, il est notamment mentionné que l'expertisée n'a pas été victime d'abus sexuels ni d'actes de tortures. Elle n'a non plus été témoin de violences particulièrement graves, mais a été menacée par arme. Elle a fait partie d'un convoi, ce qui était assez traumatisant en raison des comportements menaçants de la milice serbe. Une fois arrivée en Suisse, elle a ressenti des craintes au début, puis s'est sentie en sécurité et était assez satisfaite de s'y trouver. Suite au départ de ses enfants, après leur mariage en 1997 et 1998, elle a repris une activité professionnelle "pour passer le temps", selon ses dires. Concernant sa vie sociale, il est relevé qu'elle a des contacts avec ses voisins, sa famille et des connaissances, mais qu'elle est limitée par la barrière linguistique. Elle n'a pas progressé en français malgré des cours. Sur le plan somatique, les experts relèvent l'absence de toute collaboration de la part de l'expertisée, une fois le traducteur sorti pour la mettre à l'aise. Elle ne répond alors plus aux questions, mêmes simples, n'obéit pas aux consignes données, prend un temps manifestement exagéré pour changer de position ou se déplacer. Tout mouvement actif ou passif, toute palpation ou percussion et toute imposition des mains sont ressentis comme une intense douleur, engendrant une réaction d'opposition et d'esquive, accompagnée de grimaces, soupirs et cris, rendant toute interprétation nulle et inadéquate. L'appréciation du status somatique est ainsi le fruit d'observations en dehors du contexte de l'examen clinique proprement dit. A cet égard, il est mentionné que l'assurée se déshabille seule, sans lenteur excessive, ni stratégie particulière pour éviter des douleurs. Elle bougeait tout le long de l'entretien anamnétique, mais n'a jamais demandé à se lever, s'est déshabillée en se penchant en avant et a pu enlever son pull sans être

gênée aux épaules ou à la nuque. Selon les conclusions des experts, en ce qui concerne l'appareil locomoteur seul, elle présente un syndrome douloureux chronique touchant le rachis et les ceintures scapulaires et pelviennes sans aucun déficit neurologique périphérique. L'examen clinique révèle de nombreux signes de non organicité selon Waddell, une dissociation entre l'importance des plaintes et l'absence de signes cliniques objectifs. Ce syndrome peut être assimilé à une fibromyalgie démonstrative. Les céphalées sont probablement d'origine tensionnelle. Aucune contre-indication cardiologique n'a été trouvée à une activité professionnelle de type sédentaire ne nécessitant pas d'effort soutenu. L'activité de nettoyeuse est à cet égard adaptée. Dans le status psychiatrique, il est noté que la plainte principale de l'assurée consiste en des douleurs, sans focalisation de la pensée sur celles-ci. Le raisonnement et le jugement sont conservés. Il n'y a pas de troubles de la concentration et de l'attention. Les compétences intellectuelles sont dans la norme. L'assurée se montre cependant anxieuse tout le long de l'entretien et il y a une tristesse d'une intensité légère. Il n'y a pas de ralentissement psychomoteur ni de fatigue ni symptômes psychotiques. L'expert psychiatre relève une certaine irritabilité et une attitude assez plaintive, sans qu'elle soit manifestement démonstrative. Le monitoring thérapeutique montre une absence de compliance aux traitements antalgiques. L'assurée ne décrit pas d'anhédonie, ni de sentiment de culpabilité ou de dévalorisation, d'idées noires ou d'idées suicidaires, mais souffre de troubles de sommeil et de l'appétit. Selon les experts, l'assurée ne présente manifestement pas de trouble de la personnalité, ayant pu créer des contacts avec son entourage et exercer une activité professionnelle durant trois ans. Il est toutefois possible qu'elle ait présenté un syndrome de stress post-traumatique sans séquelle majeure actuellement. Depuis l'expertise psychiatrique du Dr C_____, on note une amélioration de l'état psychique. Les limitations fonctionnelles reposent essentiellement sur des plaintes subjectives et l'assurée n'a pas convaincu les experts de l'intensité de ses douleurs. Néanmoins, ils ont observé un comportement algique durant l'entretien. Enfin, de l'avis des experts, l'assurée n'est pas en prise dans des conflits intrapsychiques non résolubles et potentiellement responsables d'une cristallisation de son état psychique. Quant aux diagnostics avec répercussion sur la capacité de travail, les experts retiennent une hypertension artérielle systolique au repos comme à l'effort et une hypertension artérielle pulmonaire discrète à modérée. Les diagnostics suivants sont sans répercussion sur la capacité de travail : syndrome douloureux somatoforme persistant depuis 2000, trouble mixte anxieux et dépressif (F41.2) depuis 2000, déficit congénital en antithrombine et fibromyalgie. Les travaux de force sont déconseillés, mais une activité sédentaire est possible à 100% et sans diminution de rendement, sur le plan physique. Sur le plan psychique, les experts déclarent une incapacité de travail de 50% depuis le 1^{er} octobre 2001. Toutefois, l'état psychique s'est amélioré jusqu'au jour de l'expertise où la capacité est complète. Ils relèvent cependant que le dossier ne permet pas d'évaluer précisément l'évolution de la capacité pour la période antérieure à l'expertise.

14. Dans son avis médical du 24 septembre 2008, le Dr D_____ retient que seul le diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant pourrait être potentiellement invalidant. Toutefois, dans la mesure où les critères jurisprudentiels pour admettre le caractère invalidant d'une telle affection ne sont pas remplis, ce médecin constate que ce syndrome ne peut être retenu comme cause d'invalidité.
15. Le 15 janvier 2009, l'OCAI informe l'assurée qu'il a l'intention de supprimer sa rente d'invalidité dès le 1^{er} jour du 2^{ème} mois qui suivra la notification de la décision.
16. Le 3 février 2009, l'OCAI adresse à l'assurée son dossier sur CD-Rom, pour faire suite à sa demande dans ce sens reçue le 2 février 2009.
17. Après que l'OCAI ait refusé la demande de prolongation du délai de 30 jours accordé à la recourante pour contester le projet de décision, il lui notifie le 19 février 2009 une décision de suppression de la rente d'invalidité, tout en retirant l'effet suspensif à un éventuel recours.
18. Le 16 mars 2009, la Dresse I_____, psychiatre au Centre médico-chirurgical des Acacias, fait parvenir au conseil de l'assurée un rapport médical. Elle indique que la patiente a été adressée à ce centre pour une évaluation et un suivi psychiatrique le 16 février 2009, dans le contexte de la persistance d'une symptomatologie d'ordre dépressif. En plus de la symptomatologie dépressive et d'un syndrome de stress post-traumatique dont la patiente continue à souffrir, "d'après ses dires", la Dresse I_____ note l'apparition de troubles mnésiques, d'orientation et d'attention depuis une année, lesquels sont en partie liés aux troubles dépressifs récurrents. Elle relève également ce qui suit :

"Au fil de nos entretiens, nous constatons que la patiente a des symptômes manifestant un syndrome de stress post-traumatique chronique. Ce trouble est d'une sévérité moyenne.

Ces deux troubles combinés, et notamment péjorés par l'apparition de nouveaux troubles cognitifs, représentent des limitations fonctionnelles importantes chez cette patiente (...)"

La Dresse I_____ mentionne également un retrait social et que la capacité de travail de l'assurée est considérablement diminuée sur le plan psychique. Elle ne souffre par ailleurs pas d'un trouble somatoforme douloureux persistant, de l'avis de ce médecin, les douleurs ayant un substrat physique et ne représentant pas uniquement un reflet de sa souffrance psychologique. Quant au pronostic, il est favorable, dans la mesure où l'assurée n'a jamais reçu de traitement pour ses troubles psychiques. La Dresse I_____ estime enfin que l'état psychique de la patiente, tel qu'il est décrit dans l'expertise psychiatrique de 2003, est superposable

à son état psychique actuel, à l'exception d'une péjoration de celui-ci par l'apparition de troubles cognitifs.

19. Par acte du 20 mars 2009, l'assurée interjette recours contre la décision du 19 février 2009 de l'OCAI, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant essentiellement à son annulation, sous suite de dépens, et subsidiairement au renvoi du dossier à l'autorité inférieure pour nouvelle décision. A titre préalable, elle conclut à la restitution de l'effet suspensif, à ce qu'une expertise psychiatrique soit ordonnée, à ce qu'un délai soit accordé à la Dresse I_____ pour qu'elle puisse se déterminer pleinement sur son état de santé et sa capacité de travail, ainsi qu'à l'audition de ce médecin. Concernant la demande de restitution de l'effet suspensif, elle fait valoir en substance que son état psychique n'a pas été correctement évalué dans le cadre de l'expertise pluridisciplinaire du CEMed et qu'au contraire, la Dresse I_____ conteste toute amélioration sur le plan psychique. Ainsi, son recours n'est pas dénué de toute chance de succès. Elle estime par ailleurs que l'intimé aurait dû confier la seconde expertise également au Dr C_____, dès lors que cet expert la connaissait déjà. Elle reproche également aux médecins du CEMed d'être particulièrement proches de l'intimé, dans la mesure où le SMR a l'habitude de travailler avec eux. En outre, le Dr G_____ ne s'est entretenu qu'une seule fois avec elle, alors même que la présence de l'interprète a raccourci le temps consacré à l'échange. Elle met ainsi en doute qu'il ait pu procéder à une évaluation approfondie de son état psychique. Concernant l'examen rhumatologique, elle relève que l'interprète n'était pas présent durant l'examen, de sorte que la communication était limitée. De surcroît, elle a fait une chute lors de l'examen rhumatologique, événement que les médecins ont rapporté seulement de façon incomplète. Quant à la Dresse I_____, elle l'a vue à quatre reprises. L'évaluation n'est pas encore terminée. Cette psychiatre comprend par ailleurs sa langue.
20. Dans son avis médical du 14 avril 2009, le Dr D_____, du SMR, constate, sur la base de l'expertise du CEMed, qu'il n'existe actuellement pas de pathologie psychiatrique invalidante, de sorte qu'il y a lieu d'admettre une amélioration de l'état de santé. Quant au rapport du 13 mars 2009 du Centre médico-chirurgical des Acacias, la symptomatologie décrite dans ce rapport, soit notamment celle liée aux troubles cognitifs, est également prise en compte dans l'expertise du CEMed. Le Dr D_____ relève en outre que les experts n'ont pas retenu un trouble dépressif récurrent, mais seulement un trouble anxieux et dépressif mixte, dans lequel les troubles cognitifs peuvent trouver leur expression.
21. Par arrêt incident du 17 avril 2009, le Tribunal de céans rejette la demande de restitution de l'effet suspensif de la recourante.
22. Par écritures du 22 avril 2009, l'intimé se détermine sur le fond et conclut au rejet du recours. Il fait notamment valoir qu'il y a lieu de reconnaître une pleine valeur

probante à l'expertise effectuée par le CEMed. Quant à l'absence de l'interprète lors de l'examen rhumatologique, elle s'explique par le respect dû à l'intimité de la recourante. S'agissant de l'évaluation de sa capacité de travail dans la sphère ménagère, l'intimé admet que celle-ci doit en principe se faire par une enquête économique sur le ménage. Cependant, selon la jurisprudence, lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, il y a lieu de déterminer les empêchements dans le ménage par un médecin. L'avis médical l'emporte dans cette hypothèse sur les constatations de l'enquête ménagère.

23. Par courrier du 8 mai 2009, le Tribunal de céans fixe à la recourante un délai au 26 juin 2009 pour lui faire parvenir sa réplique et pour se déterminer sur une éventuelle reconsidération de la décision initiale.
24. Par réplique du 26 juin 2009, la recourante persiste dans ses conclusions. Elle souligne que son incapacité de travail dans le ménage a été admise sur la base d'avis médicaux de plusieurs médecins rendus dans le cadre de la décision initiale de l'intimé. On ne saurait non plus conclure du fait que le Dr C_____ a considéré, dans son expertise du 11 octobre 2003, que les limitations rendaient improbables une quelconque activité en dehors du domicile, que toutes les activités dans le ménage soient possibles. La recourante se prévaut en outre de ce que l'enquête dans le ménage a retenu un taux d'invalidité de 48% dans ce domaine d'activité. Elle affirme à cet égard qu'elle ne peut effectuer que très peu de travaux dans le ménage et que "les idées prévalentes pesantes et obsédantes avec automatismes de nettoyage (rituel)", comme cela est mentionné dans le rapport du Dr C_____, relèvent d'une pathologie. De surcroît, la recourante allègue qu'elle n'a pas renoncé à une activité professionnelle plus importante, si l'on la lui avait proposée. Pour ces motifs, elle estime que la décision initiale du 21 janvier 2005 ne saurait être considérée comme étant manifestement erronée, de sorte qu'une reconsidération de celle-ci doit être écartée. Quant à la révision de cette décision, la recourante relève que la Dresse I_____ ne la connaissait que depuis six semaines, à la date du rapport que ce médecin a établi, de sorte qu'elle ne saurait être assimilée à un médecin traitant, en l'absence d'une relation thérapeutique de longue durée entraînant une relation de confiance. La recourante annexe par ailleurs à ses écritures un courrier du 25 juin 2009 de ce dernier médecin, selon lequel un rapport médical détaillé lui parviendra dans les prochains jours. Enfin, la recourante sollicite l'audition de la Dresse I_____.
25. Par duplique du 6 juillet 2009, l'intimé persiste dans ses conclusions. S'agissant de la reconsidération de la décision, il estime que sa décision initiale du 21 janvier 2005 est manifestement erronée, dès lors que la capacité de travail de la recourante était entière dans le ménage, selon les avis médicaux. Pour le surplus, l'intimé reprend son argumentation antérieure.

26. Sur ce, 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 (LOJ ; RS E 2 05), le Tribunal cantonal des assurances sociales 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) qui sont 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. Interjeté dans les délai et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56ss LPGA).

3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir s'il y a lieu de procéder à une révision ou à une reconsidération de la décision du 21 janvier 2005 de l'intimé, par laquelle il a octroyé à la recourante une demi-rente dès le 1^{er} octobre 2002, puis un trois-quarts de rente à compter du 1^{er} janvier 2003.

4. 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. Cette disposition n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Il n'y a toutefois 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 (ATFA non publié du 12 octobre 2005, I 8/04, consid. 2; ATF 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA (ou de l'ancien art. 41 LAI) doit clairement

ressortir du dossier (p. ex. ATFA du 31 janvier 2003 [I 559/02], consid. 3.2 et les arrêts cités; sur les motifs de révision en particulier : MÜLLER, Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung, thèse Fribourg 2002, p. 133 ss). La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (RUEDI, Die Verfügungsanpassung als verfahrensrechtliche Grundfigur namentlich von Invalidenrentenrevisionen, in : SCHAFFHAUSER/SCHLAURI [Hrsg], Die Revision von Dauerleistungen in der Sozialversicherung, Saint-Gall, 1999, p. 15).

5. Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). 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 (art. 7 LPGA). 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).

6. a) Tant lors de l'examen initial du droit à la rente qu'à l'occasion d'une révision de celle-ci il faut examiner quelle méthode d'évaluation de l'invalidité il convient d'appliquer. Le choix de l'une des trois méthodes considérées (méthode générale de comparaison des revenus [art. 28 al. 2 LAI en corrélation avec l'art. 16 LPGA], méthode spécifique [art. 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA], méthode mixte [art. 28 al. 2ter LAI en corrélation avec l'art. 27bis RAI, ainsi que les art. 16 LPGA et 28 al. 2bis LAI en corrélation avec les art. 27 RAI et 8 al. 3 LPGA]) dépendra du statut du bénéficiaire potentiel de la rente: assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, assuré non actif, assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel. On décidera que l'assuré appartient à l'une ou l'autre de ces trois catégories en fonction de ce qu'il aurait fait dans les mêmes circonstances si l'atteinte à la santé n'était pas survenue. Pour les assurés travaillant dans le ménage, il convient d'examiner si l'assuré, étant valide, aurait consacré l'essentiel de son activité à son ménage ou à une occupation lucrative après son mariage, cela à la lumière de sa situation personnelle, familiale, sociale et professionnelle. Ainsi, pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assurée, si elle était demeurée valide, on tiendra compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assurée, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels (ATF 117 V 195 consid. 3b; VSI 1996 p. 209 consid. 1c). Selon la pratique, la question du statut doit être tranchée sur la base de l'évolution de la situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse, encore que, pour admettre l'éventualité de la reprise d'une activité lucrative partielle ou

complète, il faut que la force probatoire reconnue habituellement en droit des assurances sociales atteigne le degré de vraisemblance prépondérante (ATF 130 V 396 consid. 3.3, 125 V 150 consid. 2c, 117 V 194 consid. 3b et les références).

b) En l'espèce, la recourante a déclaré le 12 décembre 2002 qu'elle n'aurait pas exercé une activité lucrative, si elle était en bonne santé. Ces enfants avaient alors 27, 24 et 12 ans. En mars 2004, elle a indiqué, dans le cadre de l'enquête sur le ménage, qu'elle aurait travaillé comme nettoyeuse à raison de deux heures par jour, si elle n'était pas handicapée. Cela correspond aussi à son taux d'activité entre 1998 et 2001. Enfin, aux experts du CEMed, elle a fait part de ce qu'elle avait repris une activité professionnelle en 1998 "pour passer le temps". Ce n'est que dans ses dernières écritures devant le Tribunal de céans qu'elle affirme pour la première fois qu'elle aurait travaillé à un taux supérieur à 25% "si celle-ci [l'activité professionnelle] lui avait été proposée", sans toutefois prétendre d'avoir fait des recherches d'emploi dans ce sens.

Cela étant, cette dernière affirmation ne paraît pas crédible et pas suffisante pour admettre que la recourante aurait travaillé à un taux supérieur à 25%. Il y a dès lors lieu de retenir un statut mixte de la recourante et d'admettre qu'elle aurait exercé une activité lucrative à ce dernier taux et se serait consacré au ménage à 75%, si elle n'était pas malade.

7. Selon l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente s'il est invalide à 40 % au moins. La rente est échelonnée comme suit, selon le taux d'invalidité : 40 % au moins un quart, 50 % au moins une demie, 60 % au moins trois-quarts, 70 % au moins rente entière.
8. a) 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 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 298 consid. 4c in fine).

b) La reconnaissance de l'existence de troubles somatoformes douloureux persistants suppose d'abord la présence d'un diagnostic émanant d'un expert (psychiatre) et s'appuyant lege artis sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 398 ss. consid. 5.3 et consid. 6). 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. Au contraire, il existe une présomption que les troubles somatoformes douloureux ou leurs effets peuvent être surmontés par un effort de volonté

raisonnablement exigible. 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 à la lumière de différents critères. Au premier plan figure la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères peuvent être déterminants. Ce sera le cas des affections corporelles chroniques, d'un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), d'une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, d'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), de l'échec de traitements ambulatoires ou stationnaires conformes aux règles de l'art (même avec différents types de traitement), cela en dépit de l'attitude coopérative de la personne assurée (ATF 130 V 352). Plus ces critères se manifestent et imprègnent les constatations médicales, moins on admettra l'exigibilité d'un effort de volonté (MEYER-BLASER, *Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung*, in : *Schmerz und Arbeitsunfähigkeit*, St. Gall 2003, p. 77).

Si les limitations liées à l'exercice d'une activité résultent d'une exagération des symptômes ou d'une constellation semblable, on conclura, en règle ordinaire, à l'absence d'une atteinte à la santé ouvrant le droit à des prestations d'assurance. Au nombre des situations envisagées figurent la discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, l'allégation d'intenses douleurs dont les caractéristiques demeurent vagues, l'absence de demande de soins, les grandes divergences entre les informations fournies par le patient et celles ressortant de l'anamnèse, le fait que des plaintes très démonstratives laissent insensible l'expert, ainsi que l'allégation de lourds handicaps malgré un environnement psychosocial intact (voir KOPP/WILLI/KLIPSTEIN, *Im Graubereich zwischen Körper, Psyche und sozialen Schwierigkeiten*, in: *Schweizerische Medizinische Wochenschrift* 1997, p. 1434, avec référence à une étude approfondie de Winckler et Foerster).

On ajoutera que dans un arrêt récent ayant trait à la fibromyalgie, le Tribunal fédéral des assurances est parvenu à la conclusion qu'il existait des caractéristiques communes entre cette atteinte à la santé et le trouble somatoforme douloureux. Celles-ci justifiaient, lorsqu'il s'agissait d'apprécier le caractère invalidant d'une fibromyalgie, d'appliquer par analogie les principes développés par la jurisprudence en matière de troubles somatoformes douloureux (ATF 132 V 65; ATF A du 17 juillet 2006, cause I 297/05).

9. La fixation de l'invalidité dans les travaux habituels ne saurait en principe reposer sur une évaluation médico-théorique. En effet, le facteur déterminant pour évaluer l'invalidité des assurés n'exerçant pas d'activité lucrative consiste dans l'empêchement d'accomplir les travaux habituels, lequel est déterminé compte tenu des circonstances concrètes du cas particulier. C'est pourquoi il n'existe pas de principe selon lequel l'évaluation médicale de la capacité de travail l'emporte d'une manière générale sur les résultats de l'enquête ménagère. Selon la jurisprudence, une telle enquête a valeur probante et ce n'est qu'à titre exceptionnel, singulièrement lorsque les déclarations de l'assuré ne concordent pas avec les constatations faites sur le plan médical, qu'il y a lieu de faire procéder par un médecin à une nouvelle estimation des empêchements rencontrés dans les activités habituelles (VSI 2004 p. 139 consid. 5.3, 2001 p. 158 consid. 3c; par ex. arrêt D. du 14 janvier 2005 [I 308/04, I 309/04]). En présence de troubles d'ordre psychique, et en cas de divergences entre les résultats de l'enquête économique sur le ménage et les constatations d'ordre médical relatives à la capacité d'accomplir les travaux habituels, celles-ci ont, en règle générale, plus de poids que l'enquête à domicile (VSI 2004 p. 140 consid. 5.3 déjà cité; ATF 8C_671/82007 du 13 juin 2008 consid. E.2.2.1; ATFA I 735/04 du 17 janvier 2006;).
10. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V consid. 4 et les références).
11. a) 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).
- b) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPG), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut

trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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. Sans remettre en cause le principe de la libre appréciation des preuves, le Tribunal fédéral des assurances a posé des lignes directrices en ce qui concerne la manière d'apprécier certains types d'expertises ou de rapports médicaux (ATF 125 V 352 ss consid. 3).

c) Lorsque, au stade de la procédure administrative, une expertise confiée à un médecin indépendant est établie par un spécialiste reconnu, sur la base d'observations approfondies et d'investigations complètes, ainsi qu'en pleine connaissance du dossier, et que l'expert aboutit à des résultats convaincants, le juge ne saurait les écarter aussi longtemps qu'aucun indice concret ne permet de douter de leur bien-fondé (ATF 125 V 353 consid. 3b/bb).

En ce qui concerne les 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 (ATF 125 V 351 consid. 3b/bb et cc).

d) 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; KIESER, *Das Verwaltungsverfahren in der Sozialversicherung*, p. 212, n° 450; KÖLZ/HÄNER, *Verwaltungsverfahren und Verwaltungsrechtspflege des Bundes*, 2e éd., p. 39, n° 111 et p. 117, n° 320; GYGI, *Bundesverwaltungsrechtspflege*, 2e éd., p. 274; cf. aussi ATF 122 II 469 consid. 4a, 122 III 223 consid. 3c, 120 Ib 229 consid. 2b, 119 V 344 consid. 3c et la référence). 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 et l'arrêt cité).

12. a) En l'occurrence, la rente d'invalidité a été octroyée à la recourante en raison de troubles psychiques, sur la base d'une enquête sur le ménage effectué en 2004 et l'expertise du Dr C_____. Celui-ci a retenu que la recourante souffrait d'une modification durable de la personnalité, après une expérience de catastrophe, et d'un trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, avec symptômes

psychotiques. Dans l'évaluation psychiatrique effectuée dans le cadre de l'expertise du CEMed, seul un trouble mixte anxieux et dépressif et un syndrome douloureux somatoforme persistant ont été constatés, ces deux diagnostics étant sans répercussion sur la capacité de travail, selon les experts. Cependant, selon la Dresse I_____, l'état psychique de la recourante est superposable à celui constaté dans l'expertise psychiatrique du Dr C_____ en 2003, voire péjoré par l'apparition de troubles cognitifs.

La recourante conteste par ailleurs la valeur probante de l'expertise du CEMed, notamment l'évaluation par le Dr G_____, celui-ci ayant procédé à un seul entretien, lequel a été de surcroît raccourci par le temps nécessaire à la traduction de ses propos par l'interprète.

Il est vrai qu'un seul entretien ne peut a priori pas permettre une évaluation psychiatrique approfondie. Néanmoins, cela doit être considéré comme étant suffisant pour juger si une personne souffre d'un trouble dépressif avec un épisode sévère. Or, un trouble dépressif d'une telle intensité a été exclu par les experts du CEMed. Un tel diagnostic n'a pas non plus été retenu par la Dresse I_____, dans son rapport du 16 mars 2009. A cela s'ajoute que la recourante n'a jamais été suivie sur le plan psychique avant 2009 ni a été hospitalisée, ce qui rend peu crédible l'affirmation, selon laquelle elle est atteinte d'un trouble dépressif récurrent avec épisodes sévères.

b) Certes, les experts du CEMed constatent que la recourante souffre également d'un trouble somatoforme douloureux persistant et/ou d'une fibromyalgie, diagnostics qui n'avaient pas été posés à l'époque de la décision initiale. Cependant, ces atteintes sont sans répercussion sur la capacité de travail, de l'avis des experts. Cette conclusion paraît convaincante, en ce qui concerne du moins le ménage, compte tenu des plaintes de la recourante sur le plan somatique, à savoir une thoracalgie gauche, se majorant à la mobilisation du bras gauche et associée à des fourmillements dans ce membre, une faiblesse dans la jambe gauche, un essoufflement et d'oedèmes dans les jambes, qualifiés de discrets par les experts. Les autres plaintes, soit les céphalées, les douleurs cervicales, lombaires et thoraciques, ne constituent pas non plus une contre-indication aux travaux ménagers, de l'avis du Tribunal de céans. De surcroît, les critères jurisprudentiels permettant d'attribuer un caractère invalidant à ces pathologies ne sont manifestement pas remplis. En effet, une atteinte psychiatrique importante par son intensité n'est pas établie, étant rappelé que la recourante n'avait jusqu'alors aucun suivi psychiatrique. Il est vrai qu'elle souffre d'affections corporelles chroniques sous forme d'une hypertension artérielle systolique et d'une hypertension artérielle pulmonaire discrète à modérée. Toutefois, de l'avis des experts du CEMed, ces atteintes n'empêcheraient pas la recourante de travailler à 100% dans une activité sédentaire, voire même en tant que nettoyeuse. Il en va de même du déficit congénital en antithrombine. Cette dernière affection n'a en outre laissé aucune

séquelle, comme le Dr B _____ du SMR l'a déjà constaté dans son avis médical du 17 avril 2003. La recourante ne présente pas non plus une perte d'intégration dans toutes les manifestations de la vie, étant bien entourée par ses proches, ni un état psychique cristallisé sans évolution possible au plan thérapeutique, un traitement psychiatrique n'ayant pas été commencé avant 2009. Les experts du CEMed ont en outre retenu une absence de compliance au traitement (p. 28 de l'expertise), de sorte qu'un échec des traitements ne peut être admis. Enfin, ses plaintes démonstratives ont laissé les experts insensibles et il y a une grande discordance entre les douleurs décrites et le comportement observé, ce qui s'oppose à reconnaître que le trouble somatoforme douloureux persistant ou la fibromyalgie engendre une invalidité, aux termes de la jurisprudence précitée.

c) Cela étant, il y a lieu d'admettre, sur la base des avis des experts du CEMed, qui paraît être confirmé sur ce point par la Dresse I _____, que le trouble dépressif de la recourante s'est amélioré par rapport aux constatations du Dr C _____ en 2003.

Une amélioration du trouble dépressif devant être retenue, la conclusion des experts du CEMed, selon laquelle la recourante possède une capacité de travail complète, paraît ainsi convaincante, du moins en ce qui concerne le ménage. Même en admettant qu'elle présente, en sus de la symptomatologie dépressive, des troubles mnésiques, d'orientation et d'attention, comme l'a retenu la Dresse I _____, cela ne changerait rien. En effet, les limitations en résultant n'ont guère de répercussions dans le cadre de l'activité ménagère, de l'avis du Tribunal de céans, dès lors qu'il est possible de s'organiser très librement dans son ménage et de rattraper très facilement les éventuels oublis. Quant au syndrome de stress post-traumatique diagnostiqué par ce dernier médecin, il est d'une sévérité moyenne, selon celui-ci, de sorte qu'il paraît très peu vraisemblable qu'il puisse constituer un empêchement notable de s'occuper du ménage.

Le Tribunal de céans ne juge ainsi pas nécessaire d'entendre la Dresse I _____, le dossier médical étant suffisamment complet pour apprécier la situation médicale.

Au vu de ce qui précède, il convient d'admettre que c'est à raison que l'intimé a supprimé la rente d'invalidité.

13. En tout état de cause, la diminution du droit à la rente est également justifiée, par substitution de motifs, sous l'angle de la reconsidération, explicitement réglemantée à l'art. 53 al. 2 LPGA.

L'administration peut reconsidérer une décision formellement passée en force de chose jugée sur laquelle aucune autorité judiciaire ne s'est pas prononcée, à condition qu'elle soit sans nul doute erronée et que sa rectification revête une importance notable (KIESER, ATSG-Kommentar, Zurich 2003, ch. 18 ad art. 53). Pour juger s'il est admissible de reconsidérer une décision, 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 sv., 119 V 475 consid. 1b/cc p. 479). Par le biais de la reconsidération, on corrigera une application initiale erronée du droit, de même qu'une constatation des faits erronée résultant de l'appréciation des preuves. Un changement de pratique ou de jurisprudence ne permettent pas de justifier une reconsidération (ATF 117 V 8 consid. 2c p. 17, 115 V 308 consid. 4a/cc p. 314). En ce qui concerne le trouble somatoforme douloureux persistant, une reconsidération n'entre en ligne de compte que si la décision initiale apparaît manifestement erronée compte tenu des exigences valables à l'époque de son prononcé et non pas à la lumière des critères plus restrictifs précisés postérieurement dans l'ATF 130 V 352, exposé ci-dessus (ATF du 25 juin 2007, I 138/07).

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 U 5/07 du 9 janvier 2008, consid. 5.2, 9C_575/2007 du 18 octobre 2007, consid. 2 .2 et I 907/06 du 7 mai 2007 consid. 2.2).

14. a) En l'espèce, il y a lieu de constater qu'aucun des médecins consultés dans la procédure qui a précédé la décision du 21 janvier 2005 ne s'est prononcé sur la capacité de travail de la recourante dans le ménage. En effet, le Dr C_____ ne l'a évaluée que pour l'exercice d'une activité lucrative. Cependant, dans la mesure où il a déclaré que les limitations rendaient improbable une activité en dehors du domicile, il peut en être conclu que ce médecin a estimé que la recourante était encore capable de faire son ménage. Il ressort également de l'expertise de ce médecin que la recourante fait quotidiennement son ménage, même deux fois par jour plutôt qu'une fois par semaine. Elle s'occupe en outre de ses petits enfants.

Sur la base de ces éléments, il doit donc être considéré, sans vouloir pour autant nier ses troubles psychiques, que déjà à la date de la décision initiale la recourante était tout à fait capable d'effectuer les tâches habituelles. En effet, dans le cadre sécurisant de son intérieur, il ne saurait être admis, sur la base des constatations du Dr C_____, que ses troubles psychiques se manifestaient avec une intensité telle qu'ils la rendaient incapable d'effectuer une partie considérable de ses tâches habituelles.

Il convient de rappeler ici en outre que la personne assurée a l'obligation de réduire le dommage (voir ATF 129 V 463 consid. 4.2, 123 V 233 consid. 3c et les références). Elle est notamment tenue d'adopter une méthode de travail adéquate, de répartir son travail en conséquence et de demander l'aide de ses proches dans une mesure convenable (ATF 133 V 504 consid. 4.2 et les références citées). Dans le cadre de l'évaluation de l'invalidité dans les travaux habituels, l'aide des membres de la famille (en particulier celle des enfants) va au-delà de ce que l'on peut attendre de ceux-ci, si la personne assurée n'était pas atteinte dans sa santé (arrêts D. du 14 janvier 2005 [I 308/04 et I 309/04] et S. du 11 août 2003 [I 681/02]). Il y a lieu en effet de se demander quelle attitude adopterait une famille raisonnable, dans la même situation et les mêmes circonstances, si elle devait s'attendre à ne recevoir aucune prestation d'assurance (voir également MEYER-BLASER, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zurich 1997, p. 222; ATFA du 17 mars 2005, I 257/04).

b) Les constatations de l'enquête économique sur le ménage ne permettent pas non plus de retenir une incapacité de travail dans le ménage. Les taux d'empêchements indiqués sont en effet uniquement fondés sur les déclarations de la recourante, lesquelles ne sont pas vérifiables. En ce que la recourante a déclaré au Dr C _____ qu'elle s'activait quotidiennement dans son ménage, sur un mode obsessionnel, ses déclarations à l'enquêteur paraissent en outre contradictoires. Cette enquête tient également compte de certaines limitations d'ordre physique, alors même que le Dr A _____ a déclaré au Dr B _____ que sa patiente n'avait aucune incapacité de travail sur le plan somatique, comme ce dernier médecin le rapporte dans son avis médical du 17 avril 2003. La recourante a en effet indiqué, sous le ch. 6.2 de l'enquête, que ses mains tremblent et qu'elle ne peut plus rester en position debout trop longtemps. Elle ne coupe plus les légumes et la viande, son sang coagulant difficilement. Elle ne peut plus nettoyer à fond les armoires et lessiver les murs de la cuisine, n'arrivant plus à monter sur un escabeau. Sous le ch. 6.3, elle se plaint de s'essouffler et de se fatiguer, en faisant la poussière. Passer l'aspirateur lui est impossible, car le bruit lui provoque une gêne, ainsi que des maux de tête et elle n'arrive pas à tenir longtemps debout sur ses jambes. Elle ne peut pas entretenir les sols, n'étant pas capable de se plier et souffrant de malaises, lorsqu'elle se penche. Elle n'arrive pas non plus à se baisser, à se relever, si elle se met à genoux, et à faire les mouvements pour laver les vitres. Sous le ch. 6.5, il est mentionné qu'elle ne voit pas bien et, sous le ch. 6.7, que rester dans la même position lui est pénible. Ces plaintes étant sans aucun substrat médical et sans rapport avec les troubles psychiques constatés par le Dr C _____, l'enquêteur ne devait pas les prendre en considération.

c) Enfin, comme relevé ci-dessus, il ne saurait non plus être considéré que l'état de santé de la recourante s'est aujourd'hui aggravé, de sorte que le maintien de la rente pourrait aujourd'hui se justifier. En effet le trouble somatoforme douloureux persistant et la fibromyalgie diagnostiqués par les experts du CEMed n'a pas un

caractère invalidant de l'avis de ces derniers et ne remplissent pas non plus les critères jurisprudentiels pour admettre une invalidité.

d) Cela étant, il appert que l'intimé a constaté les faits de façon manifestement erronée sur la base des rapports médicaux de l'époque et du rapport d'enquête sur le ménage. Il a ainsi retenu à tort en 2005 que la recourante présentait un taux d'incapacité de travail total de 61% dans son ménage et une activité lucrative exercée à 25%, seule une incapacité de travail totale dans l'activité professionnelle pouvant être retenue. Le taux d'invalidité en résultant est insuffisant pour ouvrir le droit aux prestations.

Ainsi, il y a lieu de confirmer la suppression de la rente également sous l'angle de la reconsidération.

15. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté.
16. Dans la mesure où la recourante succombe, l'émolument de justice, fixé au montant minimal de 200 fr., sera mis à sa charge (art. 69 al. 1bis LAI).

**PAR CES MOTIFS,
LE TRIBUNAL CANTONAL DES ASSURANCES SOCIALES :**

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. Le rejette.
3. L'émolument de justice de 200 fr. est mis à la charge de la recourante.
4. 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

Claire CHAVANNES

Maya CRAMER

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