

EN FAIT

1. Madame A_____, née le _____ 1956, est divorcée à deux reprises et mère d'un enfant né le _____ 1990. Après avoir travaillé dans la vente et comme employée de bureau, elle a travaillé en dernier lieu comme commise de gendarmerie. A partir de novembre 2002, elle était engagée à un taux de 25%.
2. Par décision du 4 novembre 2003, l'office de l'assurance-invalidité du canton de Genève (OAI) l'a mise au bénéfice d'une demi-rente d'invalidité et d'une demi-rente complémentaire pour enfant à compter du mois d'août 2000 en raison de lombosciatalgies persistantes après cure d'hernie discale en août 1999. Le taux d'invalidité retenu était de 57%.
3. Le 19 novembre 2009, l'assurée a subi une discectomie et une spondylodèse C5-C6 et C6-C7.
4. Selon le certificat du 8 mars 2010 du docteur B_____, généraliste FMH, l'état de santé de l'assurée s'est péjoré depuis octobre 2009 et sa capacité de travail est nulle dès cette date.
5. Le médecin-conseil de l'office du personnel de l'Etat a attesté le 14 avril 2010 que l'assurée était en arrêt de travail pour son taux d'occupation de 25 %. Elle présentait plusieurs problèmes de santé dont l'évolution peu favorable ne laissait pas envisager une reprise du travail à court ou moyen terme.
6. Le 21 septembre 2010, le médecin-conseil de l'office du personnel de l'Etat a attesté que les troubles de santé de l'assurée restaient très importants malgré tous les soins qui lui étaient prodigués. Le pronostic à moyen et long terme pour une reprise de l'activité professionnelle restait sombre et le médecin-conseil écartait cette possibilité. Il lui conseillait de faire une demande de révision de sa rente, afin que celle-ci soit augmentée.
7. Dans son rapport du 11 janvier 2011, le docteur C_____ a constaté une amélioration de la symptomatologie irradiant dans le bras suite à l'opération au niveau cervical en octobre 2009. Il y avait par contre une stabilisation voire discrète aggravation de sa douleur axiale à caractère mécanique. Selon ce médecin, il était important pour la santé mentale de l'assurée de poursuivre son activité professionnelle à raison de deux heures par jour.
8. Le docteur D_____, psychiatre FMH, a certifié le 14 mars 2011 que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier auprès de Madame E_____, psychologue FSP, et de lui-même depuis septembre 2010 pour un épisode dépressif majeur récurrent, d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques. Il s'agissait du deuxième épisode dépressif d'intensité sévère de l'assurée. Auparavant, elle avait présenté un épisode dépressif moyen en 1999, suite à des douleurs ayant nécessité une intervention chirurgicale pour une hernie discale lombaire, et un épisode dépressif d'intensité sévère en 2000, suite à la séparation de son époux qui l'avait quittée du jour au lendemain. Elle souffrait de tristesse,

anhédonie, fatigue, troubles du sommeil et de l'appétit, troubles de la concentration, culpabilité, crises d'angoisses sévères et idées de mort passives. Malgré une diminution des idées de mort passives et de l'anhédonie, son état psychique restait actuellement préoccupant et sa capacité de travail était nulle depuis septembre 2010, essentiellement en raison de troubles de la concentration et d'une tristesse intense.

9. Le 26 septembre 2011, le Dr D_____ a attesté un troisième épisode dépressif d'intensité sévère (en 2000 et 2010 les précédents) et de deux épisodes dépressifs moyens en 1999 et en janvier 2011. La compliance de l'assurée était bonne tant pour les séances psychothérapeutiques hebdomadaires que pour le traitement antidépresseur, lequel avait été récemment changé. En l'absence de réponse clinique rapidement favorable, il faudrait envisager une hospitalisation. L'incapacité de travail était totale.
10. Le 30 octobre 2011, le Dr B_____ a certifié que l'assurée présentait des lombalgies irradiant dans les fesses, parfois dans les jambes à la marche. Il s'agissait de douleurs sous forme de brûlures et de lancées. Ces lombalgies s'étaient réactivées depuis un an. A cela s'ajoutait des douleurs à l'épaule gauche avec une diminution de la force et de la mobilité suite à une capsulite rétractile. Elle présentait aussi des douleurs permanentes à la nuque avec paresthésie des troisième et quatrième doigts à gauche. De ce fait, ses activités s'étaient considérablement réduites. Elle ne pouvait notamment plus passer l'aspirateur ni faire la lessive ni le repassage ni porter des charges. Elle marchait lentement, environ une demi-heure par jour, et devait se reposer trois fois une heure par jour. Sa capacité de travail était ainsi nulle.
11. Le docteur F_____, spécialiste FMH en rhumatologie, médecine interne et physique, ainsi que réhabilitation, a posé, dans son rapport du 25 juin 2012, le diagnostic d'arthrose trapézo-métacarpienne modérée bilatérale douloureuse. Dans l'anamnèse, il a relevé que les douleurs avaient débuté subitement un matin au réveil à la base des pouces, puis s'étaient manifestées aux poignets, aux coudes et aux épaules avec une intensité estimée à 7/10. Il n'y avait pas d'élément pour une maladie rhumatismale inflammatoire.
12. Selon le rapport du 6 décembre 2012 relatif à une échographie de l'épaule droite et une infiltration en date du 5 décembre 2012, il n'y avait pas de différence à l'imagerie par rapport à l'examen effectué le 22 août 2012, dans lequel seule une tendinose avec une inflammation bursale avait été objectivée. Il n'y avait pas de signe de déchirure des tendons de la coiffe.
13. Le 17 juin 2013, le médecin-conseil de l'Etat a attesté que l'état de santé de l'assurée paraissait définitivement incompatible avec toute reprise d'activité professionnelle.

14. Dans son certificat médical du 22 juillet 2013, le Dr B_____ a confirmé les diagnostics et l'évaluation de la capacité de travail précédente. Il a ajouté que l'assurée avait besoin d'une aide de ménage une fois par semaine.
15. Le 14 novembre 2013, le docteur G_____, psychiatre FMH, a certifié que l'assurée bénéficiait d'un suivi psychiatrique et psychothérapeutique régulier hebdomadaire pour des épisodes dépressifs majeurs récurrents, d'intensité sévère, sans symptômes psychotiques. Il s'agissait actuellement du quatrième épisode dépressif d'intensité sévère, selon l'anamnèse alors qu'elle avait eu au moins une dizaine d'épisodes dépressifs moyens et légers. Elle souffrait de troubles de la concentration, tristesse, anhédonie, fatigue, troubles du sommeil et de l'appétit, culpabilité, crises d'angoisses sévères et idées de mort fluctuantes, dans le contexte d'un isolement affectif et social. Malgré des améliorations ponctuelles, les symptômes dépressifs résiduels avaient persisté et des rechutes dépressives s'étaient produites en dépit d'un traitement antidépresseur bien conduit avec une bonne compliance médicamenteuse et des séances de psychothérapie hebdomadaires.
16. Par courrier du 10 décembre 2013, les rapports de service de l'assurée ont été résiliés par l'Etat avec effet au 31 mars 2014.
17. Après que l'OAI a refusé, par décision du 20 janvier 2011, d'entrer en matière sur la nouvelle demande de l'assurée formée le 15 octobre 2010, celle-ci a demandé à nouveau la révision de son droit à la rente par courrier du 30 janvier 2014, en se prévalant d'une aggravation de son état sur le plan rhumatologique et psychiatrique et en concluant à l'octroi d'une rente entière d'invalidité. Ce faisant, elle s'est fondée sur les certificats et rapports médicaux de ses médecins traitants.
18. Le 19 février 2014, le Dr D_____ a certifié une incapacité de travail totale en raison d'épisodes dépressifs récurrents sévères. Les troubles de la concentration, les idées suicidaires, l'aboulie, l'isolement affectif et social, le ralentissement psychomoteur rendaient impossible l'exercice d'une activité simple.
19. Dans son rapport du 24 février 2014, la doctoresse H_____, généraliste FMH, a également attesté une incapacité de travail totale depuis fin 2009.
20. Dans son rapport non daté, mais reçu le 9 mai 2014, le Dr G_____ a confirmé ses rapports précédents.
21. Le 4 août 2014, l'assurée a été soumise à un examen clinique rhumatologique et psychiatrique au service médical régional de l'assurance-invalidité pour la Suisse romande (SMR). Selon les docteurs I_____ et J_____, spécialistes FMH en médecine physique et réadaptation, ainsi qu'en rhumatologie, et K_____, psychiatre FMH, l'assurée présentait les diagnostics, avec répercussion durable sur la capacité de travail, de hernie discale L4-L5, opérée par discectomie le 16 août 1999, avec aréflexie achilléenne gauche et anesthésie S1 séquellaires, et des discopathies C5-C6 et C6-C7 opérées par discectomie et spondylodèse le 19 novembre 2009. A titre de diagnostics sans répercussion sur la capacité de

travail, ils ont cité une rhizarthrose bilatérale, une chondropathie rotulienne, un trouble panique et un trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger. Sur le plan ostéo-articulaire, la capacité de travail était entière dans une activité adaptée, comme celle de secrétaire, dès le 1^{er} juin 2010, soit à six mois de l'intervention chirurgicale cervicale. Il n'y avait pas d'incapacité de travail sur le plan psychique. Les limitations fonctionnelles au niveau ostéo-articulaire concernaient le port de charges supérieures à 10 kg, les positions en porte-à-faux, les rotations du tronc répétées et les travaux avec les bras au-dessus de la tête. Dans l'anamnèse, il est relevé que l'assurée ne se plaignait pas de douleurs ou de problèmes ostéo-articulaires, puisqu'elle prenait des antalgiques. Les douleurs aux pouces étaient apparues sans facteur déclenchant dans le courant de 2010. Actuellement, l'assurée ne s'en plaignait pas, puisque tous les travaux ménagers étaient effectués par une aide ou par sa fille. Depuis plusieurs années, elle n'avait plus de lombalgies et ne gardait qu'un trouble sensitif du cinquième orteil à gauche. Quant aux cervicalgies, elles avaient totalement disparues après l'intervention chirurgicale dans le courant 2009. Dans l'anamnèse, il est indiqué que l'enfance et l'adolescence étaient sans particularité. Dans le cadre de problèmes conjugaux avec son premier mari, elle avait pris une dose massive de médicaments dans le but de dormir et avait subi un lavage d'estomac. Après son divorce en 1981, elle avait vécu une période heureuse et s'était remariée en 1988. Son mari l'avait quittée subitement en avril 2000, ce qui avait provoqué un épisode dépressif. Grâce à un traitement médicamenteux et par psychothérapie, elle s'était sentie mieux. Jusqu'en 2010, elle n'avait plus eu de troubles psychiques. Après l'intervention au niveau cervical, elle avait développé des angoisses et des troubles paniques. Les crises de ces troubles étaient fluctuantes, parfois deux crises par semaine, parfois cinq jours sans crises. Au niveau psychiatrique, l'assurée a déclaré ne pas se sentir bien, qu'elle dormait mal, se réveillait dans la nuit, avait peur de la mort et de perdre sa fille, ressentait une tristesse fluctuante. Les troubles paniques allaient un peu mieux. Quant à la vie sociale, elle avait un entretien téléphonique quotidien avec sa fille et, deux fois par semaine, l'équipe de l'IMAD venait faire le ménage et le repassage. Durant la matinée, elle ne faisait rien et, dans l'après-midi, s'adonnait à la lecture, aimant en particulier des revues consacrées aux animaux. Elle sortait un peu et avait une amie qui habitait près de chez elle qu'elle considérait comme une sœur. Celle-ci lui faisait ses courses avec sa fille. Dans la soirée, l'assurée contemplait sur son balcon les arbres et la nature. A l'examen clinique, elle ne présentait pas de troubles de la mémoire, de la concentration et de l'attention, ni de troubles du cours de la pensée. La thymie fluctuait entre la normalité et un léger abaissement. La fatigue alléguée n'était pas non plus observable durant l'examen. La concentration et l'attention étaient bonnes et constantes. Elle exprimait le plaisir à lire des revues sur des animaux, à déguster des plats préparés par sa fille et sa mère et à recevoir les visites de sa meilleure amie. Le dossier médical donnait par ailleurs des renseignements contradictoires au sujet des troubles dépressifs de l'assurée, notamment le nombre d'épisodes dépressifs n'était pas clair. Il y avait aussi une contradiction entre les

Drs D_____ et G_____ au sujet de la médication. Ainsi, le dossier médical ne permettait pas d'apprécier la gravité de cette symptomatologie dépressive, en l'absence d'une description clinique et chronologique suffisamment détaillée.

22. Selon l'avis médical du 27 janvier 2015 du docteur L_____ du SMR, l'examen SMR était convainquant, de sorte qu'il y a lieu de suivre ses conclusions.
23. Le 30 janvier 2015, l'OAI a fait savoir à l'assurée qu'il avait l'intention de supprimer sa demi-rente.
24. Par courrier du 16 février 2015, le Dr D_____ a fait savoir à l'OAI qu'il n'y avait pas de contradiction entre ses rapports et ceux du Dr G_____. L'assurée avait présenté une quinzaine d'épisodes dépressifs en tout (légers, moyens et sévères), certains réactionnels à des événements extérieurs et d'autres pas. Quant aux épisodes dépressifs sévères, ils étaient en nombre de cinq : en 2000, de mars à juillet 2011 (dans un contexte d'isolement affectif et social, mais sans facteur déclenchant), de septembre 2011 à mars 2012 (sans facteur déclenchant), d'août à décembre 2013 (suite au fait que sa fille avait commencé à vivre en ménage avec son ami) et de février à mai 2014 (sans facteur déclenchant). Ces épisodes dépressifs sévères avaient engendré des incapacités de travail totales en raison des limitations fonctionnelles significatives. Il y avait également cinq épisodes dépressifs moyens : en 1998/1999 (suite à des douleurs physiques), de janvier à février 2011, d'avril à juillet 2012, de novembre 2012 à février 2013 et de juin à juillet 2014. Ces épisodes avaient aussi engendré des incapacités de travail totales, même si les limitations fonctionnelles avaient été présentes dans une moindre mesure. Des épisodes dépressifs légers faisaient généralement suite aux autres épisodes dépressifs moyens ou sévères ou les avaient précédés. Plusieurs traitements antidépresseurs avaient été essayés depuis environ cinq ans et des changements entre la Sertraline et la Venlafaxine avaient eu lieu à plusieurs reprises. Plusieurs entretiens d'expertise auraient probablement été nécessaires pour clarifier la situation, ou une demande au psychiatre traitant pour décrire la chronologie de l'évolution des épisodes dépressifs. Au demeurant, le Dr D_____ n'était pas en mesure de dire si, au moment de l'examen SMR en août 2014, l'assurée souffrait d'un épisode dépressif moyen ou léger. Cependant, en lisant les symptômes décrits par l'expert, il arrivait, sur l'échelle Hamilton dépression, à un score de 18-19, ce qui correspondait à un épisode dépressif moyen. Il était également curieux de retenir un épisode dépressif léger depuis 2010, sans évolution dans le sens d'une dysthymie ou d'une rémission partielle, voire d'une aggravation à certains moments. Le Dr D_____ a aussi mis en doute la neutralité de l'expert. L'assurée ne cherchait pas de bénéfice secondaire. Il existait par contre des bénéfices primaires, compte tenu de l'aggravation thymique nette au moment où sa fille a déménagé pour habiter avec son compagnon, l'assurée se sentant alors abandonnée, dans un contexte d'isolement affectif et social, n'ayant qu'une seule amie. Concernant la lecture de magazines avec des animaux, il fallait préciser que ses psychiatres avaient convenu avec sa fille de lui apporter des revues sur la nature

et les animaux, à défaut de pouvoir faire des sorties dans la nature dans les phases d'épisodes dépressifs sévères. En tout état de cause, durant ces périodes, la lecture n'avait pas été possible. Quant à la journée type décrite dans l'examen SMR, cette journée n'avait pas été immuable de septembre 2010 jusqu'à présent. Ce n'est que grâce à une restructuration cognitive intensive suite à une thérapie cognitivo-comportementale, que l'assurée pouvait se tenir sur son balcon. Auparavant, ses idées de défenestration récurrentes durant les épisodes dépressifs sévères l'en avaient empêchée, si bien que la possibilité de déménager au rez-de-chaussée avait été envisagée. Ainsi, il y avait lieu de confirmer le diagnostic d'épisodes dépressifs récurrents. Actuellement, la situation n'était pas stabilisée, l'assurée ayant présenté une nouvelle rechute dépressive sévère en octobre 2014. Dans ce contexte, il semblait important de réévaluer sa situation, en tenant compte de l'évolution temporelle de son histoire clinique.

25. Par courrier du 5 mars 2015, l'assurée s'est opposée au projet de décision, par l'intermédiaire de son conseil. Elle a mis en exergue que l'activité de commis administratif, soit de secrétaire, sollicitait de manière importante les membres supérieurs, le tronc et les mains, plus particulièrement les phalanges. Il en allait de même pour les épaules et le rachis. Ainsi, l'appréciation des médecins du SMR quant à une totale capacité de travail ne saurait être suivie. Par ailleurs, le Dr D_____ avait démontré les carences de l'examen SMR sur le plan psychiatrique. Il était en outre nécessaire de déterminer le taux d'incapacité domestique. En effet, l'assurée devait faire appel, en sus de l'aide quotidienne apportée par sa fille, au service de l'Institution genevoise de maintien à domicile (IMAD) à raison de 1h50 par semaine pour les travaux de nettoyage. Ainsi, elle requérait une rente d'invalidité entière et, subsidiairement, la mise en œuvre d'une expertise bidisciplinaire.
26. Dans un avis médical du 20 avril 2015, le Dr L_____ du SMR a déclaré ne pas être convaincu par le courrier du Dr D_____ quant à une éventuelle erreur d'appréciation de la situation psychiatrique, de sorte qu'il y avait lieu de se tenir aux conclusions précédentes.
27. Par décision du 22 avril 2015, l'OAI a supprimé la demi-rente de l'assurée avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de la décision et a retiré l'effet suspensif au recours contre cette décision.
28. Par acte du 26 mai 2015, l'assurée a formé recours contre cette décision, par l'intermédiaire de son conseil, en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente d'invalidité entière à compter du 30 janvier 2014, sous suite de dépens. Préalablement, elle a conclu à la restitution de l'effet suspensif au recours et, subsidiairement, à ce qu'une expertise multidisciplinaire soit ordonnée. Sur le fond, la recourante s'est référée aux avis médicaux de ses médecins traitants pour étayer l'aggravation de son état de santé. Il n'y avait aucun élément pour retenir une quelconque amélioration. A cet égard, elle s'est déclarée surprise qu'elle n'eût formulé aucune plainte au niveau du rachis, des épaules et autres articulations, dans

le cadre de l'examen par le SMR. Les constatations des médecins du SMR étaient en outre en contradiction avec celles des médecins traitants. Il était notamment surprenant que, selon les médecins du SMR, la rhizarthrose n'eût aucune répercussion sur la capacité de travail. Les discopathies au niveau cervical, ayant nécessité une intervention chirurgicale, témoignaient également d'une aggravation de son état de santé. Par ailleurs, le syndrome douloureux chronique au niveau du rachis cervico-lombaire persistait à ce jour et restait invalidant. Elle a rappelé à cet égard devoir continuer à prendre un lourd traitement antalgique, combiné à des séances d'infiltration à base de cortisone. Les atteintes au niveau des cervicales et lombaires, du rachis, des épaules et des pouces étaient manifestement inconciliables avec l'activité de secrétaire, ces parties du corps étant constamment sollicitées dans un tel travail, ce qui était confirmé par le médecin-conseil de l'Etat. Au vu des remarques du Dr D_____, il s'avérait que l'examen du SMR n'avait aucune valeur probante. La recourante a en outre répété qu'il fallait mettre en œuvre une enquête ménagère, tout en précisant que c'était en raison des limitations fonctionnelles résultant à l'origine d'un contexte d'hernie discale qu'elle n'avait pas pu conserver un poste à 100 %. Elle ne bénéficiait ainsi pas d'un taux d'activité réduit par pure convenance personnelle. La réalisation d'une enquête ménagère aurait permis de confirmer qu'elle présentait également une incapacité ménagère importante, si bien que l'essentiel des tâches ménagères avait dû être transféré à l'IMAD et à son entourage proche.

29. A l'appui de son recours, la recourante a produit l'attestation du 5 mai 2015 du Dr G_____, certifiant qu'elle souffrait actuellement d'un nouvel épisode dépressif récurrent sévère, évoluant d'une façon stationnaire, malgré un traitement intensif depuis octobre 2014. Elle présentait des troubles de la concentration, une tristesse, une anhédonie, une fatigue, des troubles du sommeil et de l'appétit, une culpabilité, des crises d'angoisses avec des idées de mort fluctuantes, dans le contexte d'un isolement affectif et social. La capacité de travail était nulle depuis septembre 2010, malgré les améliorations ponctuelles, dès lors que les symptômes dépressifs résiduels avaient persisté et que des rechutes dépressives avaient eu lieu malgré un traitement antidépresseur bien conduit, avec une bonne compliance médicamenteuse et des séances de psychothérapie hebdomadaires.
30. La recourante a également produit le certificat médical du 6 mai 2015 de la Dresse H_____ selon lequel son état de santé était resté stationnaire depuis octobre et ne s'était pas amélioré, de sorte qu'elle ne pouvait reprendre une activité professionnelle. Elle souffrait toujours de douleurs chroniques, actuellement supportables grâce à un traitement antalgique en continue et une prise en charge multidisciplinaire. Elle présentait en effet des lombalgies irradiant dans les fesses et parfois jusque dans les jambes lors de la marche, ainsi que de douleurs séquellaires consécutives à une hernie discale L4-L5 opérée en 1999, douleurs qui, malgré plusieurs infiltrations locales, avaient persisté et étaient invalidantes dans son quotidien. A cela s'ajoutaient des douleurs cervicales chroniques, probablement

dans un contexte de trouble dégénératif de la colonne vertébrale avec des contractures douloureuses évoluant par poussée. Ces douleurs irradiaient vers les deux omoplates, avec une prédominance du côté gauche, associé parfois à des paresthésies des troisième et quatrième doigts de la main gauche. Elles s'inscrivaient à la suite d'une intervention au niveau cervicale en 2009. L'assurée avait également des douleurs au niveau des deux épaules, avec une capsulite rétractile à gauche en 2009 qui avait duré environ deux ans, suivie d'une tendinite avec bursite de l'épaule droite qui avait nécessité une infiltration par cortisone en 2012. Ces douleurs permanentes la limitaient pour certaines activités du quotidien. L'arthrose trapézo-métacarpienne bilatérale au niveau des deux pouces engendrait des douleurs depuis 2012 et avait nécessité une infiltration du côté droit en juillet 2013. Le pouce gauche était actuellement douloureux, avec un ressaut, et devra probablement être opérée selon l'évolution. Toutes ces douleurs continuaient à limiter la recourante dans les activités du quotidien. Ce n'était qu'au prix d'un traitement antalgique régulier avec une prise en charge multidisciplinaire, notamment par un psychiatre avec un travail individuel et en groupe, et avec un accompagnement à domicile par l'IMAD et son entourage, que la recourante arrivait à assumer les activités de vie quotidienne et à faire face aux douleurs. Ainsi, sa capacité de travail restait nulle.

31. Par arrêt incident du 29 juin 2015, la chambre de céans a rejeté la requête tendant à la restitution de l'effet suspensif.
32. Par ordonnance du 27 août 2015, la chambre de céans a ordonné deux expertises judiciaires qu'elle a confiées aux docteurs O_____, psychiatre, et M_____, rhumatologue et spécialiste en médecine physique et réhabilitation, ainsi que pathologie du sport.
33. Dans son rapport du 28 janvier 2016, l'expert rhumatologue a posé les diagnostics de rhizarthrose handicapante des deux pouces avec poussées congestives, de cervicalgies modérées, dans un contexte de status de Cloward en C5-C6 et C6-C7 avec prothèse intersomatique en place et discopathie C3-C4 et C4-C5 modérée, de tendinopathie trochantérienne gauche, de périarthrite scapulo-humérale de l'épaule gauche et de lombalgies chroniques sur troubles dégénératifs modérés de la colonne lombaire. Concernant les lombosciatalgies, elles s'étaient vraisemblablement améliorées depuis 2003. Toutefois, l'état de santé s'était aggravé en 2008 en raison de l'installation d'une cervico-brachialgie gauche handicapante qui avait nécessité une intervention chirurgicale comprenant une discectomie avec spondylodèse C5-C6 et C6-C7. L'évolution de cette cervico-brachialgie était dans l'ensemble favorable. Dès 2010, la recourante avait présenté des douleurs handicapantes à l'épaule gauche dont l'évolution avait été lentement favorable sur un à deux ans. Elle avait également souffert d'une périarthrite scapulo-humérale de l'épaule droite nécessitant plusieurs infiltrations sous échographie en 2012. Parallèlement, elle présentait des douleurs des mains en raison d'une arthrose trapézo-métacarpienne bilatérale évoluant par poussées congestives, qui avait justifié la poursuite d'une

incapacité de travail. Le Dr M_____ a conclu que les sciatalgies gauches ayant justifié la demi-rente d'invalidité en 2003 s'étaient améliorées, mais que la situation s'était progressivement détériorée depuis 2008 avec une intrication de divers problèmes ostéoarticulaires. Quant à la capacité de travail, le seul diagnostic handicapant dans l'activité de secrétaire était actuellement la présence d'une rhizarthrose handicapante bilatérale. La partie de classement et d'archivage de dossiers dans le métier de secrétaire pouvait être difficile à effectuer, en raison de l'intensité des douleurs des pouces, avec difficulté à tenir un objet et nette diminution de la force de préhension. Tant que le problème de rhizarthrose n'était pas réglé, l'incapacité de travail était complète dans ce métier.

34. Dans son rapport du 28 janvier 2016, l'expert psychiatre a posé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, évoluant de façon chronique fluctuante, le plus souvent à un niveau de gravité des symptômes justifiant le diagnostic d'un épisode dépressif moyen, de fréquentes périodes d'exacerbation avec un épisode dépressif sévère et, plus rarement, des périodes de rémission avec un épisode dépressif léger. Au moment de l'expertise psychiatrique, la recourante présentait un épisode dépressif sévère, un trouble panique et un trouble de la personnalité dépendante, comportant aussi des traits de personnalité anxieuse et évitante relativement marqués. La capacité de travail de la recourante était ainsi nulle au moment de l'expertise et également dans la durée. Il n'était pas réaliste qu'elle occupât de façon tant soit peu fiable un quelconque emploi en dehors d'un milieu protégé. On devrait s'attendre à de fréquentes et de longues absences et, dans les moments de capacité de travail, à des fluctuations marquées du rendement et un niveau élevé d'erreurs dans les travaux exécutés. Selon cet expert, la question du nombre des épisodes que l'expertisée avait présentés dans le passé et celle de savoir exactement quand ils avaient commencé et quand ils s'étaient terminés apparaissait comme peu pertinente. En effet, au degré de la vraisemblance prépondérante, l'épisode dépressif sévère qu'elle avait présenté après deux facteurs de stress majeurs, représentés par des douleurs chroniques après l'intervention chirurgicale de 1999 et la rupture de la relation conjugale quelques mois plus tard, n'avait jamais complètement guéri, l'évolution se faisant d'emblée vers un trouble dépressif persistant, le diagnostic étant celui d'un trouble dépressif récurrent. Quant au trouble anxieux, elle avait présenté après l'intervention chirurgicale en 2009 une crise de panique inaugurale qui devait être comprise comme s'inscrivant dans la tendance de la recourante à réagir avec beaucoup d'anxiété à des situations inquiétantes ou à des facteurs de stress. L'évolution ultérieure avait été marquée par de nouvelles crises justifiant le diagnostic d'un trouble panique ou d'anxiété épisodique. Dans une proportion significative des cas, un tel trouble évoluait vers des limitations fonctionnelles importantes, souvent invalidantes, surtout lorsqu'il touchait des personnes manquant de ressources et typiquement dans les situations où il y a une comorbidité avec d'autres affections psychiatriques comme c'était manifestement le cas de la recourante. L'expert psychiatre a enfin écarté le diagnostic de trouble somatoforme douloureux.

35. Dans son avis médical du 9 mars 2016, la doctoresse N_____ du SMR a considéré que les expertises faisaient état d'une aggravation de l'état de santé de la recourante, mais qu'on peinait à comprendre à partir de quand l'état de santé de celle-ci s'était détérioré et notamment quelle avait été l'évolution de la capacité de travail depuis 2011. Elle a ainsi estimé qu'il fallait demander aux experts de spécifier cet aspect.
36. Dans ses écritures du 15 mars 2016, l'intimé s'est référé à l'avis du SMR précité pour solliciter un complément d'expertise.
37. Par écriture du 18 mars 2016, la recourante a persisté dans ses conclusions, en se fondant sur les expertises judiciaires et en niant toute valeur probante au rapport d'examen bidisciplinaire du SMR, largement critiqué par ces derniers experts. Ces expertises mettaient en lumière que la situation s'était globalement détériorée depuis 2003 avec une intrication de divers problèmes ostéo-articulaires associés et de troubles psychiatriques invalidants, malgré une légère amélioration en 2003.
38. Sur ce, la cause a été gardée à juger.

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 dès le 1^{er} 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).

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

2. Interjeté dans les délais et forme prescrits par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA).
3. Est litigieuse en l'occurrence la question de savoir si l'état de santé de la recourante s'est aggravé ou amélioré depuis la première décision de l'intimé du 4 novembre 2003, avec influence sur le droit de la rente.
4. L'art. 17 al. 1^{er} LPGA dispose que si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée.

Le point de savoir si un changement notable des circonstances s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la dernière révision de la rente entrée en force et les circonstances qui régnaient à l'époque de la décision litigieuse. C'est en effet la dernière décision qui repose sur un examen matériel du droit à la rente avec une constatation des faits pertinents, une appréciation des preuves et une comparaison des revenus conformes au droit qui constitue le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du

degré d'invalidité lors d'une nouvelle révision de la rente (ATF 133 V 108 consid. 5.4; ATF 130 V 343 consid. 3.5.2).

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). 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 dès le 1^{er} janvier 2008).
6. En vertu de l'art. 28 al. 2 LAI, l'assuré a droit à une rente entière s'il est invalide à 70% au moins, à un trois-quarts de rente s'il est invalide à 60% au moins, à une demi-rente s'il est invalide à 50% au moins, ou à un quart de rente s'il est invalide à 40% au moins.

Pour évaluer le taux d'invalidité, le revenu que l'assuré aurait pu obtenir s'il n'était pas invalide est 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. 28a al. 1 LAI).

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 273 consid. 4a). L'atteinte à la santé n'est donc pas à elle seule déterminante et ne sera prise en considération que dans la mesure où elle entraîne une incapacité de travail ayant des effets sur la capacité de gain de l'assuré (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 654/00 du 9 avril 2001 consid. 1).

7. a. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents qu'un médecin, éventuellement d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est, à ce motif, incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 256 consid. 4 et les références).
- b. Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons

pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. 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 134 V 231 consid. 5.1; ATF 133 V 450 consid. 11.1.3; ATF 125 V 351 consid. 3).

8. 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.

a. Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins d'un assureur social aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Etant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee).

b. Le juge ne s'écarte pas sans motifs impératifs des conclusions d'une expertise médicale judiciaire, la tâche de l'expert étant précisément de mettre ses connaissances spéciales à la disposition de la justice afin de l'éclairer sur les aspects médicaux d'un état de fait donné. Selon la jurisprudence, peut constituer une raison de s'écarter d'une expertise judiciaire le fait que celle-ci contient des contradictions, ou qu'une surexpertise ordonnée par le tribunal en infirme les conclusions de manière convaincante. En outre, lorsque d'autres spécialistes émettent des opinions contraires aptes à mettre sérieusement en doute la pertinence des déductions de l'expert, on ne peut exclure, selon les cas, une interprétation divergente des conclusions de ce dernier par le juge ou, au besoin, une instruction complémentaire sous la forme d'une nouvelle expertise médicale (ATF 125 V 351 consid. 3b/aa et les références).

c. 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/cc).

9. a. En l'occurrence, la recourante a fait l'objet d'un examen clinique bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique au SMR en août 2014, lequel retient comme seul diagnostic avec répercussion sur la capacité de travail une hernie discale L4-L5, opérée par discectomie le 16 août 1999, et des discopathies C5-C6 et C6-C7 opérées par discectomie et spondylodèse le 19 novembre 2009. Les diagnostics de rhizarthrose bilatérale, la chondropathie, le trouble panique et le trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, sont sans influence sur la capacité de travail. Sur le plan ostéo-articulaire, la capacité de travail est entière dès le 1^{er} juin 2010 dans une activité adaptée, comme celle de secrétaire, soit six mois après l'intervention chirurgicale cervicale. Sur le plan psychique, il n'y a aucune incapacité de travail.

b. Selon l'expertise judiciaire psychiatrique, la recourante souffre d'un trouble dépressif récurrent, épisode dépressif sévère au moment de l'expertise, d'un trouble panique et d'un trouble de la personnalité dépendante avec traits de personnalité anxieuse et évitante relativement marqués. Le trouble dépressif récurrent évolue de façon chronique et est fluctuant. Le plus souvent, il présente un niveau de gravité justifiant le diagnostic d'épisode dépressif moyen. Il y a des périodes d'exacerbation durant lesquelles le niveau de gravité correspond à un épisode dépressif sévère et, plus rarement, des périodes de rémission durant lesquelles la symptomatologie correspond à un épisode dépressif léger. La capacité de travail est nulle au moment de l'expertise et dans la durée. Il n'est pas réaliste que la recourante travaille dans le monde économique traditionnel, dès lors qu'il faut s'attendre à de fréquentes et longues absences et, durant les périodes de capacité de travail, à des fluctuations marquées du rendement et à un niveau élevé d'erreurs. La capacité de travail est également réduite dans le ménage sur le plan psychiatrique, indépendamment des limitations éventuelles au plan rhumatologique.

c. Il ne fait pas de doute qu'une pleine valeur probante doit être attribuée à l'expertise du Dr O_____, laquelle a été effectuée en connaissance du dossier médical entier, prend en considération les plaintes de la recourante, repose sur un examen clinique très consciencieux et approfondi et aboutit à des conclusions étayées.

Sur le plan psychiatrique, il peut être constaté que les diagnostics de cet expert sont semblables à ceux émis par le médecin psychiatre du SMR, même si le Dr O_____ ajoute encore le trouble de personnalité dépendante. Cependant, l'appréciation de la sévérité est divergente, ainsi que la répercussion du trouble dépressif récurrent sur la capacité de travail.

De façon convaincante, l'expert psychiatre expose que l'incapacité de travail de la recourante est totale, ce qui ne semble pas être contesté par l'intimé. Cependant, le médecin du SMR considère qu'il y a une aggravation de l'état de santé et que l'évolution de la capacité de travail depuis janvier 2011 ne peut être déterminée.

Les conclusions du SMR sont surprenantes, dès lors qu'il résulte aussi bien des expertises judiciaires que de l'historique de l'évolution des atteintes à la santé que

l'état s'est péjoré depuis octobre 2009 (cf. à cet égard le certificat du 8 mars 2010 du Dr B_____). Dans l'expertise judiciaire psychiatrique, il est expliqué que le trouble panique a commencé après l'opération en 2009. En septembre 2010, la recourante a consulté le Dr D_____ et est suivie depuis lors sur le plan psychiatrique et psychothérapeutique. Quant au trouble dépressif, il s'est développé depuis 1999, avec un premier épisode dépressif sévère après l'intervention chirurgicale en cette année et la rupture de la relation conjugale quelques mois plus tard. Le Dr D_____ certifie le 14 mars 2011 un épisode dépressif majeur récurrent, d'intensité sévère, tout en indiquant qu'il s'agit du deuxième épisode dépressif d'intensité sévère de l'assurée, après un épisode dépressif moyen en 1999 et un épisode dépressif d'intensité sévère en 2000, à la suite de la séparation de son époux. Dans son courrier du 16 février 2015, ce médecin précise que la recourante a présenté une quinzaine d'épisodes dépressifs en tout, dont cinq épisodes dépressifs sévères durant les périodes suivantes: en 2000, de mars à juillet 2011 (dans un contexte d'isolement affectif et social, mais sans facteur déclenchant), de septembre 2011 à mars 2012 (sans facteur déclenchant), d'août à décembre 2013 (suite au fait que sa fille avait commencé à vivre en ménage avec son ami) et de février à mai 2014 (sans facteur déclenchant). Les épisodes dépressifs légers faisaient généralement suite aux autres épisodes dépressifs ou les ont précédés.

Cela étant, le dossier médical et de l'expertise du Dr O_____ permettent de constater que le trouble dépressif récurrent, présent depuis 1999, a engendré plusieurs épisodes dépressifs sévères engendrant une pleine incapacité de travail. Une aggravation s'est produite dans le cours de l'année 2009 avec l'apparition d'un trouble panique après l'opération aux cervicales subie. Cette aggravation est postérieure à la première décision de l'intimé du 4 novembre 2003. Enfin, toutes les aggravations sont antérieures et à la demande de révision de la recourante et à la décision querellée, de sorte qu'elles auraient dû être prises en compte. Sur le plan psychiatrique, aucune amélioration ne peut enfin être admise. Une expertise complémentaire ne paraît ainsi pas utile, raison pour laquelle la requête dans ce sens de l'intimé sera rejetée.

Au vu de ce qui précède, non seulement la suppression de la demi-rente dont la recourante bénéficiait, n'est pas fondée, mais au contraire il convient de lui reconnaître une incapacité de travail totale. Cela ouvre le droit à une rente entière.

Enfin, dès lors que la capacité de la recourante est déjà nulle au niveau psychiatrique, celle au niveau somatique peut rester ouverte.

10. En vertu de l'art. 88 bis al. 1 let.a du règlement du 17 janvier 1961 sur l'assurance-invalidité du 17 janvier 1961 (RAI - RS 831.201), l'augmentation de la rente prend effet au plus tôt dès le mois où l'assuré a présenté sa demande de révision.

En l'occurrence, la recourante a présenté une demande de révision par courrier du 30 janvier 2014, reçu le 3 février suivant par l'OAI, de sorte que le droit à la rente naît en février 2014. Il ne fait à cet égard pas de doute que l'incapacité de travail

totale avait à cette date déjà duré une année, au vu des troubles dépressifs sévères et moyens à répétition rapportés par le Dr D_____.

11. Par conséquent, le recours sera admis, la décision querellée annulée et la recourante mise au bénéfice d'une rente d'invalidité entière dès février 2014.
12. Dans la mesure où l'intimé succombe, il sera condamné à un émolument de justice de CHF 1'000.-.
13. L'intimé sera en outre condamné à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.

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

Statuant

À la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet.
3. Annule la décision du 22 avril 2015.
4. Octroie à la recourante une rente d'invalidité entière à compter de février 2014.
5. Met un émolument de CHF 1'000.- à la charge de l'intimé.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante une indemnité de CHF 3'000.- à titre de dépens.
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

Diana ZIERI

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