

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3552/2014

ATAS/706/2015

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 14 septembre 2015

10^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée à PLAN-LES-OUATES, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître Daniel MEYER

recourante

contre

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

intimé

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Georges ZUFFEREY et Pierre-Bernard PETITAT, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1961, de nationalité suisse, mariée et mère de deux enfants adultes nés en 1984 et 1992, a travaillé comme employée de banque à Genève.
2. Le 23 février 2004, l'assurée a déposé une première demande de prestations auprès de l'Office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI), datée du 5 février 2004 et complétée le 23 novembre 2004, en invoquant une « affection gynécologique » et un cancer, survenus en novembre 2003.
3. Par rapport du 24 janvier 2005, le docteur B_____, ancien médecin généraliste de l'assurée, a posé les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail d'état anxio-dépressif récidivant, aggravé depuis fin 2003, de status post cancer du sein droit opéré en novembre 2003, et de migraines de type « cluster headache », parfois invalidantes. Il a exposé que l'assurée, qui avait souffert d'un cancer, se plaignait de troubles anxieux, de migraines récurrentes, d'incontinences urinaires et de cervicalgies. Il a estimé que cette dernière était totalement incapable de travailler depuis le 17 novembre 2003. Il a précisé qu'une chirurgie bariatrique (bypass gastrique) était envisagée, en raison de la forte surcharge pondérale de l'intéressée.
4. Le 8 février 2005, l'assurée a rempli le « questionnaire de l'OAI servant à déterminer le statut ». Elle y a déclaré avoir travaillé à plein temps de 1979 à 1984, puis de 1994 à 2000, avant de réduire son taux d'activité à 80% dès 2001, pour des raisons familiales.
5. Dans un rapport du 28 janvier 2006, le docteur C_____, psychiatre, a indiqué que l'assurée avait pu reprendre son travail à 50% le 1^{er} janvier 2006, grâce à une rémission de sa symptomatologie dépressive.
6. Le 20 juin 2006, l'OAI a diligenté une enquête économique sur le ménage, dont il ressort, d'une part, que l'enquêtrice a évalué les empêchements ménagers totaux à 30.5%, et, d'autre part, que l'assurée a repris son activité professionnelle à 80% en mai 2006.
7. Par décision du 17 octobre 2007, l'OAI, se fondant sur un statut mixte à raison de 80% pour la part active (employée de banque) et de 20% pour les tâches ménagères, a accordé à l'assurée une rente entière d'invalidité du 1^{er} novembre 2004 au 30 mars 2006.

S'appuyant sur l'enquête du 20 juin 2006, l'OAI a retenu un degré d'invalidité de 86% dès novembre 2004 et de 36% dès janvier 2006, taux qui entraînait la suppression de la rente dès le 1^{er} avril 2006.
8. Cette décision est entrée en force.
9. Par rapport du 23 mars 2010, la doctoresse R_____, médecin du Centre multidisciplinaire d'étude de la douleur des Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : les HUG), a indiqué que l'assurée souffrait de douleurs lombaires, de

douleurs abdominales diffuses consécutives à diverses interventions chirurgicales, ainsi que d'un état dépressif contribuant à réduire son seuil de tolérance à la douleur.

10. Le 8 avril 2010, le docteur D_____, médecin auprès du Service de chirurgie viscérale des HUG, a diagnostiqué une recto-pan-colite épargnant le colon transverse, et attesté d'une incapacité de travail totale du 23 mars au 18 avril 2010.
11. À la demande de son médecin généraliste, l'assurée a séjourné à la Clinique genevoise de Montana du 31 mai au 17 juin 2010.

Dans leur rapport du 9 juillet 2010, les docteurs E_____, spécialiste en médecine interne et diabétologie, et F_____, spécialiste en médecine interne, ont notamment retenu les diagnostics de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, de syndrome abdominal douloureux chronique, de consommation d'alcool à risque et de migraines de type « cluster headache ». Ils ont indiqué que la symptomatologie dépressive s'était légèrement améliorée pendant le séjour de l'assurée, mais que cette dernière restait néanmoins très anxieuse. Ses douleurs abdominales semblaient liées à la mise en place d'un bypass en 2005 et à diverses opérations subséquentes. Ils proposaient un suivi psychologique et le démontage de ce bypass.

12. Le 2 novembre 2010, l'assurée a rempli une nouvelle demande de prestations d'invalidité, en invoquant une dépression et des troubles intestinaux persistants.
13. Le 18 novembre 2010, la Nationale Suisse, assurance-maladie collective, a transmis à l'OAI une expertise qu'elle avait sollicitée auprès du docteur G_____, spécialiste FMH en psychiatrie.

Dans son rapport du 21 octobre 2010, cet expert a notamment retenu les diagnostics d'épisode dépressif majeur récurrent en rémission partielle, actuellement léger, de trouble somatoforme non spécifié, de trouble lié aux opiacés, d'abus d'alcool, de trouble de la personnalité et de structure psychosomatique.

Les plaintes de l'assurée faisaient partie des registres somatoformes, dépressifs et anxieux. Ses limitations découlaient de symptômes algiques, de crampes abdominales, de diarrhées et de flatulences. Un stress excessif était susceptible d'aggraver ce tableau et les céphalées, ce qui pouvait conduire à son épuisement. Sa tension psychique et la baisse de sa thymie étaient également handicapantes. Les incapacités de travail de 50-100% dès le 23 mars 2010 et de 50% dès le 17 juin 2010 attestées par les HUG, le Dr B_____ et la Clinique de Montana lui paraissaient justifiées. L'assurée, actuellement en arrêt de travail à 50%, demeurait incapable de travailler à plus de 50% dans son activité de collaboratrice d'une banque, et son reclassement ne lui semblait pas opportun. Moyennant une prise en charge psychiatrique et une modification du traitement médicamenteux, il lui paraissait envisageable qu'elle augmente son taux d'activité à 70% dès décembre 2010, puis à 100% trois mois plus tard. L'expert estimait toutefois difficile d'émettre un pronostic quant à une reprise à 100% et préconisait un réexamen ultérieur selon l'évolution de la situation.

14. Par rapport du 13 décembre 2010, le Dr H_____, psychiatre, a confirmé les diagnostics de trouble dépressif récurrent, état actuel moyen, de trouble anxieux et dépressif mixte, de « cluster-headache », de troubles digestifs et de syndrome douloureux consécutif à des complications post-opératoires en 2007. Il a indiqué que la dépression s'était aggravée et restreignait la capacité de travail à 50% depuis mars 2010. L'assurée était limitée par une fatigue, un ralentissement psychomoteur, des migraines, des douleurs gastro-intestinales et articulaires.
15. Dans un rapport du 10 janvier 2011 adressé à l'OAI, le Dr B_____ a évalué l'incapacité de travail à 50% du 3 au 31 mai 2010, 100% du 15 au 22 juillet 2010, puis à 50% dès le 23 juillet 2010, en précisant que les crampes abdominales de l'assurée se manifestaient l'après-midi.
16. Le 20 janvier 2011, l'assurée a été licenciée par la banque I_____ avec effet au 31 mars 2011.
17. Par certificat du 24 janvier 2011, le Dr B_____ a attesté que l'assurée était désormais totalement incapable de travailler.
18. Le 19 mars 2011, la doctoresse J_____, psychiatre, a indiqué à l'OAI qu'elle suivait l'assurée depuis février 2011 et que cette dernière souffrait d'une intolérance au gluten et au lactose. Si le régime alimentaire prescrit conduisait à une amélioration, une reprise de l'activité professionnelle était envisageable.
19. Le 12 mai 2011, le Dr G_____, expert de la Nationale Suisse, a indiqué suite à un consilium avec la Dresse J_____, qu'un passage à la chronicité et à l'invalidité devenait de plus en plus probable, malgré une prise en charge psychiatrique ambulatoire. Il a préconisé la mise en œuvre d'un complément d'expertise, en précisant qu'il lui était impossible de donner une opinion approfondie sans s'entretenir personnellement avec l'assurée. Il a également recommandé un séjour en clinique psychiatrique, compte tenu d'une consommation excessive par l'intéressée de traitements antalgiques : il lui paraissait prioritaire d'effectuer un sevrage médicamenteux de Temgesic, pris en charge dans un tel établissement.
20. À la demande de la Nationale Suisse, l'assurée a séjourné à la clinique psychiatrique de Belle-Idée du 4 au 11 juillet 2011.

Dans ses rapports des 28 juillet et 5 septembre 2011, le docteur K_____, chef de clinique, a indiqué que l'assurée souffrait d'un épisode sévère de dépression, ainsi que de troubles du comportement en lien avec l'utilisation d'opiacés et d'une dépendance au Temgesic (traitement antalgique). Cet épisode sévère de dépression résultait de complications de diverses atteintes, soit de lombalgies, de douleurs abdominales, d'une recto-pancolite diagnostiquée, et de migraines en grappe survenant depuis 1976. Il a confirmé une totale incapacité de travail depuis février 2011. Au cours du séjour, seule une faible évolution de la symptomatologie de l'assurée avait été constatée. Un sevrage du Temgesic n'avait pas été possible, en raison de douleurs abdominales jugées insupportables. Par ailleurs, son pronostic était difficile à établir et dépendait de l'évolution des douleurs abdominales.

-
21. Par pli du 6 mars 2012, le docteur L_____, spécialiste FMH en chirurgie viscérale, a informé l'OAI que l'assurée avait subi le 13 janvier 2012 une intervention chirurgicale de démontage de son bypass, laquelle n'avait permis qu'une faible amélioration de ses douleurs abdominales.
 22. Par rapport du 3 avril 2012, le docteur M_____, qui a succédé au Dr B_____ comme médecin généraliste de l'assurée, a indiqué que l'état de santé demeurait stationnaire et la capacité de travail nulle.
 23. L'OAI a mis en œuvre une expertise pluridisciplinaire auprès du Centre d'expertise médicale (CEMed) de Nyon, confiée aux docteurs N_____, spécialiste FMH en médecine interne, O_____, spécialiste FMH en psychiatrie, P_____, spécialiste FMH en gastro-entérologie, et Q_____, spécialiste FMH en neurologie.

Dans leur rapport du 21 octobre 2013, établi suite à un consilium, les experts ont retenu les diagnostics avec répercussions sur la capacité de travail de douleurs abdominales chroniques sévères multifactorielles, et sans incidence sur celle-ci d'algie vasculaire de la face, de migraines, de troubles du comportement liés à l'utilisation de cannabis, de status dix ans après opération d'un cancer du sein, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel léger, de status après suppression d'un bypass gastrique en janvier 2012 et de status après ablation d'une bandelette TOT en 2006.

L'expert en médecine interne a exposé que l'assurée présentait une symptomatologie douloureuse de l'appareil locomoteur sans cause anatomique, selon ses examens qui n'avaient démontré qu'une périarthrite de la hanche, une tendinite et une éventuelle bursite. Cette atteinte était facilement soulagée par des infiltrations et n'était pas incapacitante. Sur le plan gastroentérologique, l'assurée souffrait de douleurs abdominales chroniques, vraisemblablement d'origine mixte et soulagées par des opiacés. Sur le plan neurologique, elle présentait des migraines de longue date, lesquelles n'avaient qu'une faible incidence sur son quotidien et ne l'avaient pas empêchée de travailler pendant de nombreuses années. Enfin, sur le plan psychique, son trouble dépressif était actuellement d'intensité légère au maximum, et son éventuel syndrome douloureux somatoforme persistant ne remplissait en tout état de cause pas les critères de gravité justifiant une incapacité de travail. En définitive, sur le plan psychique, l'incapacité de travail était de 50% dès mars 2010, puis de 100% pendant six mois dès le 20 janvier 2011, date du licenciement de l'assurée par la banque I_____. Sur le plan somatique, l'incapacité était de 50% du 1^{er} mars 2010 jusqu'au 13 janvier 2012, date du démontage du bypass, puis de 20% seulement, chiffre correspondant à une diminution de rendement liée aux douleurs abdominales.

24. Par avis du 13 janvier 2014, le SMR a fait siennes les conclusions de l'expertise du CEMed.
25. Le 22 janvier 2014, l'OAI a transmis à l'assurée un projet de décision, lui proposant de lui accorder une demi-rente d'invalidité du 1^{er} au 31 mai 2011, six mois après le

dépôt de sa demande, une rente entière du 1^{er} juin au 31 octobre 2011, puis une demi-rente du 1^{er} novembre 2011 au 30 avril 2012.

26. Par plis des 30 janvier, 22 février et 24 juin 2014, l'assurée s'y est opposée, en faisant valoir qu'elle demeurait incapable de travailler. Elle a joint divers justificatifs médicaux, notamment :

- un rapport établi le 4 février 2013 par la Dresse R_____, mentionnant une humeur en nette amélioration mais des douleurs musculo-squelettiques diffuses persistantes, de sorte qu'elle a préconisé la mise en œuvre d'une thérapie cognitivo-comportementale ciblée sur les douleurs chroniques ;
- un certificat de la Dresse J_____ du 29 mai 2013, attestant d'une incapacité de travail totale en mai et juin 2013 ;
- un rapport du 7 février 2014 du Dr L_____, certifiant une incapacité de travail du 1^{er} novembre 2011 au 30 avril 2012. Il a précisé que l'intervention chirurgicale de janvier 2012 avait entraîné une incapacité de travail totale d'au moins huit semaines. Une reprise du travail à 50% aurait été envisageable pendant les quatre à six semaines suivantes ;
- un rapport du 10 février 2014 de la doctoresse S_____, neurologue, dont il ressort que l'assurée l'a consultée en octobre 2013 pour une « main tombante » et qu'elle lui a prescrit de la physiothérapie ;
- un rapport du 13 février 2014 de la doctoresse T_____, gynécologue auprès des HUG, diagnostiquant une incontinence urinaire mixte, et proposant la mise en place d'une bandelette transobturatrice ;
- un rapport d'IRM de l'épaule droite du docteur U_____, radiologue, du 11 juin 2014, diagnostiquant une lésion partielle de la partie distale du tendon infra-épineux, et des signes de bursite sous-acromiale et de tendinopathie du tendon supra-épineux.

27. Par décision formelle du 17 octobre 2014, l'OAI a accordé à l'assurée une demi-rente d'invalidité du 1^{er} au 31 mai 2011, une rente entière du 1^{er} juin au 31 octobre 2011, puis une demi-rente du 1^{er} novembre 2011 au 30 avril 2012.

S'appuyant sur les conclusions de l'expertise du CEMed, il a conclu que pendant le délai de carence d'un an, l'assurée avait présenté une incapacité de travail et de gain de 58% en moyenne. À l'issue dudit délai au 1^{er} mars 2011, sa capacité de travail était nulle dans toute activité, puis de 50% dans son activité professionnelle habituelle dès août 2011 et enfin de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès « fin janvier 2012 ». Il a précisé que les rapports produits par l'assurée ne modifiaient pas son appréciation.

28. Par acte du 19 novembre 2014, l'assurée a interjeté recours contre cette décision, en concluant, sous suite de dépens, principalement, à son annulation, à l'octroi d'une demi-rente d'invalidité dès le 1^{er} mai 2011 puis d'une rente entière dès le 1^{er} juin

2011, sans limitation de durée, subsidiairement à la mise en œuvre d'une expertise judiciaire pluridisciplinaire.

En premier lieu, elle a déploré la reconnaissance par l'OAI d'un statut d'actif plutôt que d'un statut mixte, attendu qu'elle avait toujours travaillé à temps partiel, notamment à 50% au maximum depuis la reprise de son activité professionnelle en 2006, et qu'un statut mixte avait été admis dans la première décision AI de 2007.

En second lieu, elle a contesté la valeur probante de l'expertise du CEMed de 2013, dont les conclusions étaient contredites de manière unanime par ses médecins traitants. Les experts n'avaient retenu ni perte d'intégration sociale, ni d'état psychique cristallisé, et avaient fait abstraction de ses séjours en clinique psychiatrique ainsi que de ses traitements psychotropes et de leurs effets secondaires. En définitive, compte tenu de ses troubles psychiques et de ses douleurs, elle s'estimait totalement incapable de travailler et d'accomplir ses tâches ménagères.

29. Dans sa réponse du 15 décembre 2014, l'intimé a conclu au rejet du recours.

S'agissant du statut retenu, l'assurée avait travaillé à plein temps jusqu'en 2000, avant de réduire son taux d'activité à 80% suite à la naissance de ses enfants, ce qui avait justifié en 2007 la reconnaissance d'un statut mixte. La situation avait toutefois changé puisque ses enfants étaient désormais majeurs, que l'aînée s'était mariée et que la cadette vivait avec l'assurée. Dans la mesure où l'assurée aurait été contrainte de travailler pour subvenir à son entretien et à celui de sa fille, il lui paraissait vraisemblable qu'en bonne santé, elle aurait travaillé à plein temps.

Quant à l'expertise du CEMed, il la considérait plus détaillée que les autres rapports versés au dossier et conforme, pour le surplus, aux réquisits jurisprudentiels relatifs à la valeur probante.

30. Invitée à se déterminer, la recourante a répliqué le 8 janvier 2015, en persistant dans les conclusions de son recours.

Elle a exposé avoir travaillé de fait à 50% dès 2000 en raison de ses nombreuses absences pour des raisons médicales. Durant ces périodes, elle avait dû engager une aide-ménagère, huit heures par semaine.

Elle a maintenu son argumentation relative au défaut de valeur probante de l'expertise du CEMed, en soulignant qu'une amélioration de son état de santé dès août 2011 n'était pas démontrée, et paraissait d'autant plus douteuse qu'elle coïncidait avec son séjour de deux semaines à la Clinique Belle-Idée pour un épisode dépressif sévère. Une dépression récurrente d'intensité moyenne à sévère était d'ailleurs attestée par ses médecins depuis 2003. Elle avait perdu 25 kilogrammes depuis l'expertise du CEMed, et estimait qu'une expertise judiciaire devait être ordonnée.

Elle a notamment joint un certificat du Dr M_____ du 6 novembre 2014, attestant l'existence d'un syndrome douloureux régional complexe, nécessitant un suivi mensuel.

31. Une audience de comparution personnelle des parties s'est tenue le 2 mars 2015.

La recourante a déclaré qu'en janvier 2006, elle avait repris une activité lucrative à 80% auprès de V_____, puis qu'elle avait travaillé depuis avril 2006 chez W_____, avant d'être licenciée avec effet au 31 décembre 2006.

Elle a précisé que si elle avait affirmé avoir renoncé à la rente AI accordée en 2007, c'était parce qu'elle n'avait pas compris que cette rente ne lui avait été octroyée que pour une durée limitée.

En 2006, elle avait indiqué à un collaborateur de l'AI qu'elle se sentait prête à reprendre une activité à 80%. Toutefois, à la fin de l'année, elle avait subi trois opérations consistant à résoudre des problèmes gynécologiques et d'ostéomyélite, suite à quoi elle avait seulement pu travailler quelques semaines en 2007 dans le cadre d'une mission temporaire pour X_____. En 2008 et 2009, elle avait travaillé à 100% pour la banque Y_____.

Sur question, elle a expliqué que le taux d'activité de 100% mentionné dans le formulaire de détection précoce de septembre 2010 était un plein temps, mais qu'elle n'avait en réalité travaillé qu'à 50% en raison de nouveaux problèmes de santé. Elle avait travaillé auprès de la banque Y_____ pendant huit mois, puis été engagée à 100% par la banque I_____. Dans son dernier emploi, dès mars 2010, elle avait travaillé de fait à 50% jusqu'à son licenciement. Depuis janvier 2011, elle n'exerçait plus d'activité lucrative.

Elle a réitéré que l'AI aurait dû lui reconnaître un statut mixte et précisé que sans atteinte à la santé, elle aurait souhaité travailler à 80% et consacrer le reste du temps aux tâches ménagères. Sur question, elle a expliqué qu'elle avait certes repris le travail à 100% nonobstant ses atteintes, mais que si elle avait cherché un emploi à ce taux, c'était parce qu'elle n'aurait pas pu être engagée à 80% au vu de la conjoncture. Elle devait en outre impérativement travailler pour aider financièrement ses filles.

L'intimé a déclaré qu'il avait considéré vraisemblable qu'en bonne santé, la recourante aurait travaillé à plein temps. Il a précisé que pour aboutir à cette conclusion, il avait apprécié la situation de l'intéressée dans son ensemble.

À l'issue de l'audience, la chambre de céans a invité la recourante à produire de nouvelles pièces et à se déterminer. Quant à l'intimé, il a déclaré qu'il renonçait à déposer de nouvelles observations.

32. Le 6 mars 2015, la recourante a transmis à la chambre de céans de nouvelles pièces, notamment :

-
- un rapport radiologique du docteur Z____, radiologue, du 10 septembre 2014, faisant état de lésions dégénératives vertébrales étagées et d'un kyste synovial du poignet gauche ;
 - un rapport d'IRM lombo-sacrée du docteur AA____, radiologue, du 11 décembre 2014, attestant de discopathies lombaires inférieures notamment L5-S1, de petites lésions de Romanus des coins vertébraux L2, L3, L4, L5, et d'une éventuelle spondylarthrite ;
 - un rapport de la Dresse J____ du 27 février 2015, indiquant que l'assurée présente toujours une dépression chronique, qu'aucun traitement n'a permis d'amender ses douleurs, et que son status paraît sans issue ;
 - un rapport de la Dresse S____ du 4 mars 2015, confirmant la persistance d'un état dépressif important, de migraines sévères et d'un pronostic négatif, et évaluant l'incapacité de travail à 60%.
33. Par pli du 24 mars 2015, l'intimé a fait valoir que les nouvelles pièces invoquées par la recourante étaient postérieures à la décision attaquée, de sorte qu'il n'y avait pas lieu d'en tenir compte.
34. Sur quoi, la cause a été gardée à juger.
35. En juin 2015, la recourante a spontanément transmis à la chambre de céans un rapport opératoire établi le 5 mai 2015 par le Dr L____, chirurgien, dont il ressort qu'elle a subi, en date du 24 avril 2015, une intervention chirurgicale ambulatoire de « cure d'événtration » suite à l'apparition de deux « orifices d'événtration » survenus après le démontage du bypass gastrique en 2012.
36. Ce document a été transmis pour information à l'intimé le 19 juin 2015. Il ne s'est pas déterminé.

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).
Sa compétence pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.
2. Les modifications de la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 21 mars 2003 (4^{ème} révision), du 6 octobre 2006 (5^{ème} révision) et du 18 mars 2011 (révision 6a), entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2004, respectivement, le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2012, entraînent la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine de l'assurance-invalidité. Sur le plan matériel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits (ATF 129 V 1 consid. 1; ATF 127 V 467 consid. 1 et

les références). En ce qui concerne en revanche la procédure, et à défaut de règles transitoires contraires, le nouveau droit s'applique sans réserve dès le jour de son entrée en vigueur (ATF 117 V 93 consid. 6b; ATF 112 V 360 consid. 4a; RAMA 1998 KV 37 p. 316 consid. 3b).

En l'espèce, les faits juridiquement déterminants remontent à 2010. Par conséquent, le droit éventuel aux prestations doit être examiné au regard des dispositions de la LPGA et des dispositions de la LAI consécutives à la 5^{ème} révision de cette loi, puis dès le 1^{er} janvier 2012, en fonction des modifications consécutives à la révision 6a de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329).

3. Le délai de recours est de 30 jours (art. 60 al. 1 LPGA). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 à 61 LPGA).
4. Le litige porte sur le droit de la recourante au maintien d'une rente entière d'invalidité au-delà du 31 octobre 2011, singulièrement sur sa capacité de travail et le choix de la méthode d'évaluation de l'invalidité.
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).

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).

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; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 786/04 du 19 janvier 2006 consid. 3.1).

6. 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 légitime sur les critères d'un système de classification reconnu (ATF 130 V 396 consid. 5.3).

Une expertise psychiatrique est, en principe, nécessaire quand il s'agit de se prononcer sur l'incapacité de travail que les troubles somatoformes douloureux sont susceptibles d'entraîner (ATF 130 V 352 consid. 2.2.2 et 5.3.2). Une telle appréciation psychiatrique n'est toutefois pas indispensable lorsque le dossier médical comprend suffisamment de renseignements pour exclure l'existence d'une composante psychique aux douleurs qui revêtirait une importance déterminante au regard de la limitation de la capacité de travail.

7. L'évaluation des syndromes sans pathogenèse ni étiologie claires et sans constat de déficit organique ne fait pas l'objet d'un consensus médical (arrêt du Tribunal fédéral 9C_619/2012 du 9 juillet 2013 consid. 4.1). Pour ces motifs, la jurisprudence a dégagé un certain nombre de principes et de critères normatifs pour permettre d'apprécier - sur les plans médical et juridique - le caractère invalidant de ce genre de syndromes. Selon la jurisprudence ayant cours jusqu'à récemment, ceux-ci n'entraînaient pas, en règle générale, une limitation de longue durée de la capacité de travail pouvant conduire à une invalidité (ATF 130 V 352 consid. 2.2.3). Il existait une présomption que de tels syndromes ou leurs effets pouvaient être surmontés par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 131 V 49 consid. 1.2). Le Tribunal fédéral a toutefois reconnu qu'il existait des facteurs déterminés qui, par leur intensité et leur constance, rendaient la personne incapable de fournir cet effort de volonté, et a établi des critères permettant d'apprécier le caractère invalidant de ces syndromes (cf. ATF 130 V 352 consid. 2.2. et ATF 131 V 49 consid. 1.2). Au premier plan figurait la présence d'une comorbidité psychiatrique importante par sa gravité, son acuité et sa durée. D'autres critères pouvaient être déterminants, tels que des affections corporelles chroniques, un processus maladif s'étendant sur plusieurs années sans rémission durable (symptomatologie inchangée ou progressive), une perte d'intégration sociale dans toutes les manifestations de la vie, un état psychique cristallisé, sans évolution possible au plan thérapeutique, résultant d'un processus défectueux de résolution du conflit, mais apportant un soulagement du point de vue psychique (profit primaire tiré de la maladie, fuite dans la maladie), 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 132 V 65 consid. 4.2).
8. Dans un arrêt récent (9C_492/2014 du 3 juin 2015), le Tribunal fédéral a abandonné la présomption qui prévalait jusqu'à ce jour, selon laquelle les syndromes du type troubles somatoformes douloureux et affections psychosomatiques assimilées peuvent être surmontés en règle générale par un effort de volonté raisonnablement exigible (ATF 132 V 65; ATF 131 V 49;

ATF 130 V 352). Désormais, la capacité de travail réellement exigible doit être évaluée dans le cadre d'une procédure d'établissement des faits structurée et sans résultat prédéfini, permettant de mettre en regard les facteurs extérieurs incapacitants d'une part et les ressources de compensation de la personne d'autre part (consid. 3.6 et 4). Il n'y a plus lieu de se fonder sur les critères de l'ATF 130 V 352, mais sur une grille d'analyse comportant divers indicateurs qui rassemblent les éléments essentiels propres aux troubles de nature psychosomatique (consid. 4). Ces indicateurs concernent deux catégories, à savoir celle du degré de gravité fonctionnelle et celle de la cohérence.

Ces indicateurs sont classés comme suit :

I. Catégorie « degré de gravité fonctionnelle »

Les indicateurs relevant de cette catégorie représentent l'instrument de base de l'analyse. Les déductions qui en sont tirées devront, dans un second temps, résister à un examen de la cohérence (II; consid. 4.3).

A. Axe « atteinte à la santé »

1. Expression des éléments pertinents pour le diagnostic et des symptômes

Les constatations relatives aux manifestations concrètes de l'atteinte à la santé diagnostiquée permettent de distinguer les limitations fonctionnelles causées par cette atteinte de celles dues à des facteurs non assurés. Le point de départ est le degré de gravité minimal inhérent au diagnostic. Il doit être rendu vraisemblable compte tenu de l'étiologie et de la pathogenèse de la pathologie déterminante pour le diagnostic. Par exemple, sur le plan étiologique, la caractéristique du syndrome somatoforme douloureux persistant est, selon la CIM-10 F45.5, qu'il survient dans un contexte de conflits émotionnels ou de problèmes psycho-sociaux. En revanche, la notion de bénéfice primaire de la maladie ne doit plus être utilisée (consid. 4.3.1.1).

2. Succès du traitement et de la réadaptation ou résistance à ces derniers

Ce critère est un indicateur important pour apprécier le degré de gravité. L'échec définitif d'un traitement indiqué, réalisé de manière optimale, permet de conclure à un pronostic négatif. Si le traitement ne correspond pas ou plus aux connaissances médicales actuelles ou paraît inapproprié dans le cas d'espèce, on ne peut rien en déduire s'agissant du degré de gravité de la pathologie. Les troubles psychiques sont invalidants lorsqu'ils sont graves et ne peuvent pas ou plus être traités médicalement. Des déductions sur le degré de gravité d'une atteinte à la santé peuvent être tirées non seulement du traitement médical mais aussi de la réadaptation. Si des mesures de réadaptation entrent en considération après une évaluation médicale, l'attitude de l'assuré est déterminante pour juger du caractère invalidant ou non de l'atteinte à la santé. Le refus de l'assuré d'y participer est un indice sérieux d'une atteinte non invalidante. A l'inverse, une réadaptation qui se conclut par un échec en dépit d'une coopération

optimale de la personne assurée peut être significative dans le cadre d'un examen global tenant compte des circonstances du cas particulier (consid. 4.3.1.2).

3. Comorbidités

La comorbidité psychique ne joue plus un rôle prépondérant de manière générale, mais ne doit être prise en considération qu'en fonction de son importance concrète dans le cas d'espèce, par exemple pour juger si elle prive l'assuré de ressources. Il est nécessaire de procéder à une approche globale de l'influence du trouble somatoforme douloureux avec l'ensemble des pathologies concomitantes. Un trouble qui, selon la jurisprudence, ne peut pas être invalidant en tant que tel (cf. consid. 4.3.1.2; arrêt du Tribunal fédéral 9C_98/2010 du 28 avril 2010, consid. 2.2.2, in : RSAS 2011 IV n° 17, p. 44) n'est pas une comorbidité (arrêt du Tribunal fédéral 9C_1040/2010 du 6 juin 2011, consid. 3.4.2.1, in : RSAS 2012 IV n° 1, p. 1) mais doit à la rigueur être pris en considération dans le cadre du diagnostic de la personnalité (consid. 4.3.2). Ainsi, un trouble dépressif réactionnel au trouble somatoforme ne perd pas toute signification en tant que facteur d'affaiblissement potentiel des ressources, mais doit être pris en considération dans l'approche globale (consid. 4.3.1.3).

B. Axe « personnalité » (diagnostic de la personnalité, ressources personnelles)

Il s'agit d'accorder une importance accrue au complexe de personnalité de l'assuré (développement et structure de la personnalité, fonctions psychiques fondamentales). Le concept de qu'on appelle les « fonctions complexes du Moi » (conscience de soi et de l'autre, appréhension de la réalité et formation du jugement, contrôle des affects et des impulsions, intentionnalité et motivation) entre aussi en considération. Comme les diagnostics relevant des troubles de la personnalité sont, plus que d'autres indicateurs, dépendants du médecin examinateur, les exigences de motivation sont particulièrement élevées (consid. 4.3.2).

C. Axe « contexte social »

Si des difficultés sociales ont directement des conséquences fonctionnelles négatives, elles continuent à ne pas être prises en considération. En revanche, le contexte de vie de l'assuré peut lui procurer des ressources mobilisables, par exemple par le biais de son réseau social. Il faut toujours s'assurer qu'une incapacité de travail pour des raisons de santé ne se confond pas avec le chômage non assuré ou avec d'autres difficultés de vie (consid. 4.3.3).

II. Catégorie « cohérence »

Cette seconde catégorie comprend les indicateurs liés au comportement de l'assuré. (consid. 4.4).

A. Limitation uniforme du niveau des activités dans tous les domaines comparables de la vie

Il s'agit ici de se demander si l'atteinte à la santé limite l'assuré de manière semblable dans son activité professionnelle ou dans l'exécution de ses travaux habituels et dans les autres activités (par exemple, les loisirs). Le critère du retrait social utilisé jusqu'ici doit désormais être interprété de telle sorte qu'il se réfère non seulement aux limitations mais également aux ressources de l'assuré et à sa capacité à les mobiliser. Dans la mesure du possible, il convient de comparer le niveau d'activité sociale de l'assuré avant et après la survenance de l'atteinte à la santé (consid. 4.4.1).

B. Poids de la souffrance révélé par l'anamnèse établie en vue du traitement et de la réadaptation

La prise en compte d'options thérapeutiques, autrement dit la mesure dans laquelle les traitements sont mis à profit ou alors négligés, permet d'évaluer le poids effectif des souffrances. Tel n'est toutefois pas le cas lorsque le comportement est influencé par la procédure asséculoologique en cours. Il ne faut pas conclure à l'absence de lourdes souffrances lorsque le refus ou la mauvaise acceptation du traitement recommandé est la conséquence d'une incapacité (inévitable) de l'assuré à reconnaître sa maladie (anosognosie). Les mêmes principes s'appliquent pour les mesures de réadaptation. Un comportement incohérent de l'assuré est là aussi un indice que la limitation fonctionnelle est due à d'autres raisons que l'atteinte à la santé assurée (consid. 4.4.2).

Le juge vérifie librement si l'expert médical a exclusivement tenu compte des déficits fonctionnels résultant de l'atteinte à la santé et si son évaluation de l'exigibilité repose sur une base objective (consid. 5.2.2 ; ATF 137 V 64 consid. 1.2 in fine).

9. Le diagnostic d'un trouble douloureux somatoforme doit être justifié médicalement de telle manière que les personnes chargées d'appliquer le droit puissent vérifier que les critères de classification ont été effectivement respectés (cf. ICD). En particulier, l'exigence d'une douleur persistante, intense et s'accompagnant d'un sentiment de détresse doit être remplie. Un tel diagnostic suppose l'existence de limitations fonctionnelles dans tous les domaines de la vie (tant professionnelle que privée). Les médecins doivent en outre prendre en considération les critères d'exclusion de ce diagnostic retenus par la jurisprudence (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014 du 3 juin 2015 destiné à la publication consid. 2.1.1. et 2.2). Ainsi, 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 (ATF 131 V 49 consid. 1.2).

10. L'assuré a droit à une rente lorsqu'il a présenté une incapacité de travail d'au moins 40% en moyenne durant une année sans interruption notable et qu'au terme de cette année, il est invalide à 40% au moins (art. 28 al. 1 let. b et c LAI). 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.
11. Pour évaluer le taux d'invalidité, il faut déterminer quelle méthode appliquer en fonction du statut du bénéficiaire potentiel de la rente, à savoir s'il s'agit d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps complet, d'un assuré exerçant une activité lucrative à temps partiel ou d'un assuré non actif. Cet examen conduit à appliquer respectivement la méthode générale de comparaison des revenus, la méthode mixte ou la méthode spécifique (art. 28a LAI, en corrélation avec les art. 27ss RAI ; ATF 137 V 334 consid. 3.1). Ces trois méthodes peuvent certes aboutir à des taux d'invalidité différents, impliquant des conséquences asséurologiques différentes, qui n'autorisent pas à conclure à des inégalités dès lors qu'elles ont été voulues par le législateur en considération de la diversité des situations considérées (ATF 137 V 334 consid. 5.5.1).

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 (ATF 137 V 334 consid. 3.2).

Pour déterminer voire circonscrire le champ d'activité probable de l'assuré s'il était demeuré valide, il faut tenir compte d'éléments tels que la situation financière du ménage, l'éducation des enfants, l'âge de l'assuré, ses qualifications professionnelles, sa formation ainsi que ses affinités et talents personnels, étant précisé qu'aucun de ces critères ne doit recevoir la priorité d'entrée de jeu (ATF 117 V 194 consid. 3b; Pratique VSI 1997 p. 301 ss consid. 2b).

La question du statut de l'assuré doit être tranchée sur la base de l'évolution de sa situation jusqu'au prononcé de la décision administrative litigieuse. Cependant, pour admettre l'éventualité que l'assuré aurait repris une activité lucrative partielle ou complète jusqu'à ce moment-là, il faut des éléments dont la force probante atteigne le degré de vraisemblance prépondérante reconnu habituellement en droit des assurances sociales (ATF 130 V 393 consid. 3.3 et ATF 125 V 146 consid. 2c ainsi que les références).

12. 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).

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 125 V 351 consid. 3).

Ainsi, en principe, lorsqu'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 351 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/cc).

On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en œuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral I 514/06 du 25 mai 2007 consid. 2.2.1, in SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert (arrêt du Tribunal fédéral 9C_369/2008 du 5 mars 2009 consid. 2.2).

b. Le juge des assurances sociales fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible. Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 130 III 321 consid. 3.2 et 3.3; ATF 126 V 353 consid. 5b; ATF 125 V 193 consid. 2 et les références). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 319 consid. 5a).

c. Conformément au principe inquisitoire qui régit la procédure dans le domaine des assurances sociales, le juge des assurances sociales doit procéder à des investigations supplémentaires ou en ordonner lorsqu'il y a suffisamment de raisons pour le faire, eu égard aux griefs invoqués par les parties ou aux indices résultant du dossier. Il ne peut ignorer des griefs pertinents invoqués par les parties pour la simple raison qu'ils n'auraient pas été prouvés (VSI 5/1994 220 consid. 4a). En particulier, il doit mettre en œuvre une expertise lorsqu'il apparaît nécessaire de clarifier les aspects médicaux du cas (ATF 117 V 282 consid. 4a; RAMA 1985 p. 240 consid. 4; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 751/03 du 19 mars 2004 consid. 3.3). Lorsque le juge des assurances sociales constate qu'une instruction est nécessaire, il doit en principe mettre lui-même en œuvre une expertise lorsqu'il considère que l'état de fait médical doit être élucidé par une expertise ou que l'expertise administrative n'a pas de valeur probante (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4). Un renvoi à l'administration reste possible, notamment lorsqu'il s'agit de préciser un point de l'expertise ordonnée par l'administration ou de demander un complément à l'expert (ATF 137 V 210 consid. 4.4.1.3 et 4.4.1.4; SVR 2010 IV n. 49 p. 151, consid. 3.5; arrêt du Tribunal fédéral 8C_760/2011 du 26 janvier 2012 consid. 3).

d. Les expertises mises en œuvre selon l'ancien standard de procédure ne perdent pas en soi valeur de preuve. Lors de l'application par analogie des exigences désormais modifiées en matière de droit matériel des preuves, il faut examiner dans chaque cas si l'expertise administrative et/ou juridique demandée – le cas échéant dans le contexte d'autres rapports médicaux réalisés par des spécialistes – permet ou non une évaluation concluante à la lumière des indicateurs déterminants. Suivant le degré et l'ampleur de clarification nécessaire, un complément ponctuel peut dans certaines circonstances suffire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_492/2014, op. cit. consid. 8).

13. Il convient en premier lieu d'examiner quel statut reconnaître à la recourante.

Celle-ci se prévaut d'un statut mixte, en soutenant qu'elle a toujours travaillé à temps partiel, que ce statut lui a été reconnu par l'AI dans sa première décision de 2007, et que ses douleurs l'empêchent d'accomplir ses tâches ménagères, de sorte qu'elle doit solliciter l'aide de ses proches.

À titre préalable, on rappellera que la recourante, âgée de 53 ans lors du prononcé de la décision litigieuse, dispose d'une formation d'employée de bureau qu'elle a achevée en 1979. Dès 1982, elle a travaillé pour diverses banques genevoises, notamment à 80% de 2001 à 2006 pour V_____, puis à 100% dès 2007 pour X_____, Y_____ et I_____, dont elle a été licenciée avec effet au 31 mars 2011. De son union avec son époux sont issues deux filles, âgées de 22 et 30 ans. L'aînée est mariée, travaille comme éducatrice et a quitté le domicile familial en 2009, tandis que la cadette habite avec sa mère et recherche un emploi. L'époux, chauffeur chez AB_____, ne vit plus avec la recourante depuis mars 2012. Une procédure de divorce serait en cours.

La chambre de céans constate que la recourante a exercé une activité lucrative à 100% dès 2007 pour ses trois derniers employeurs, notamment du 8 juin 2009 au 31 mars 2011 pour la banque I_____. La recourante explique avoir travaillé à plein temps notamment parce qu'elle devait subvenir à l'entretien de ses filles. Or, dans la mesure où la situation financière du ménage commandait apparemment jusqu'en mars 2011 que l'assurée travaille à plein temps, ce alors qu'elle cohabitait avec son époux et que sa fille aînée, avait quitté le domicile familial, on voit mal comment il aurait pu en être autrement après la séparation du couple, car la constitution de domiciles séparés implique en règle générale un accroissement des charges des conjoints.

Dans ses écritures du 8 janvier 2015, la recourante soutient qu'en bonne santé, elle n'aurait pas continué à travailler à plein temps face à la « perspective » d'une indépendance financière de ses filles. Cependant, la perspective alléguée ne s'était manifestement pas réalisée à la date déterminante de la décision litigieuse, puisque, selon les derniers renseignements figurant au dossier, la fille cadette est toujours domiciliée chez sa mère et recherche un emploi. Par ailleurs, le fait que la recourante ait parfois été empêchée par ses atteintes de travailler à plein temps ne saurait justifier l'admission d'un statut mixte, car la question de son statut dépend précisément de ce qu'elle aurait fait si ses atteintes n'étaient pas survenues.

Il est vrai que l'intimé avait retenu un statut mixte en 2007, dans la mesure où l'assurée lui avait déclaré à l'époque travailler à 80% pour des raisons familiales. Toutefois, contrairement à ce que laisse entendre la recourante, la méthode d'évaluation de l'invalidité appliquée en 2007 ne saurait préjuger du statut à retenir en 2014 (Michel VALTERIO, Droit de l'assurance-vieillesse et survivants et de l'assurance-invalidité, Fribourg 2011, n° 2051). Au contraire, il y a lieu de tenir compte de l'évolution intervenue depuis la décision initiale, laquelle se caractérise par la reprise d'une activité à 100% pour trois employeurs différents jusqu'au début de l'année 2011, la séparation du couple et le fait que les deux enfants sont désormais majeurs et ne nécessitent donc plus une attention soutenue de la part de leur mère. Ces éléments corroborent l'admission d'un statut d'actif.

Pour les motifs qui précèdent et comme le soutient à juste titre l'intimé, il paraît hautement vraisemblable qu'en bonne santé, la recourante aurait continué à

travailler à plein temps afin de subvenir à son propre entretien et à celui de sa fille. C'est donc bel et bien un statut d'actif qui doit être retenu.

14. Il convient à présent d'évaluer la capacité de travail de la recourante et, pour ce faire, d'examiner la valeur probante des expertises et rapports versés au dossier.

Se fondant sur l'expertise pluridisciplinaire du CEMed de 2013, l'intimé a retenu une capacité de travail de 50% dans toute activité dès mars 2010, de 0% dès janvier 2011, de 50% dès août 2011 puis de 100% avec une diminution de rendement de 20% dès « fin janvier 2012 ». De son côté, la recourante conteste la valeur probante de cette expertise et soutient qu'elle demeure totalement incapable de travailler.

La chambre de céans constate que si elle répond à certains réquisits jurisprudentiels, l'expertise du CEMed est incomplète, dans la mesure où les experts ont renoncé à se déterminer sur l'existence d'un trouble somatoforme douloureux tout en arguant que les anciens critères jurisprudentiels permettant exceptionnellement de considérer ce diagnostic comme invalidant n'étaient pas remplis. Ce faisant, ils ont omis de poser un diagnostic clair permettant au juge de comprendre si les critères diagnostics relatifs au trouble somatoforme douloureux étaient réunis. De plus, les experts ont apprécié le caractère surmontable du trouble somatoforme à la lumière des anciens critères jurisprudentiels et sans motiver les raisons pour lesquels ceux-ci ne seraient pas remplis. Or, selon la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral (arrêt 9C_492/2014 du 3 juin 2015), il y a dorénavant lieu d'examiner si les répercussions fonctionnelles de l'atteinte à la santé sont prouvées au degré de la vraisemblance prépondérante au moyen d'une série d'indicateurs standard (cf. *supra* consid. 8), indicateurs qu'il paraît impossible d'apprécier à ce stade, faute de motivation suffisante par les experts.

En outre, il sied de relever que les experts du CEMed n'ont pas discuté des éventuelles répercussions sur la capacité de travail des problèmes d'incontinence et d'épaule droite de l'assurée, lesquels ressortent pourtant de leur anamnèse et de leur status, ainsi que des rapports des médecins de la recourante (cf. notamment rapports des Drs T_____ et U_____ des 13 février et 11 juin 2014).

Par ailleurs, on peine à comprendre pourquoi les experts du CEMed ont fixé rétroactivement à fin janvier 2011, respectivement à fin janvier 2012, le recouvrement par l'assurée d'une capacité de travail entière sur le plan psychique et de 80% sur le plan somatique, attendu que le mois de janvier 2011 coïncide avec sa sortie de la clinique de Montana pour un état dépressif sévère, tandis que le mois de janvier 2012 correspond au retrait chirurgical de son bypass. En effet, il paraît surprenant que les experts ne retiennent aucune incapacité de travail consécutive à cette opération, ce sans justification et malgré les conclusions contraires du chirurgien L_____ (cf. rapport de sortie des HUG du 10 février 2012 et rapport du Dr L_____ du 7 février 2014).

Eu égard aux considérations qui précèdent, la chambre de céans estime que l'expertise du CEMed est lacunaire, de sorte que ses conclusions ne sauraient en l'état se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Quant à l'expertise psychiatrique du Dr G____ d'octobre 2010, on relèvera que ce médecin a laissées ouvertes ses conclusions sur la capacité de travail, puisqu'il a dans un premier temps estimé la capacité de travail à 50% et jugé « envisageable » une reprise à 70% dès décembre 2010 et à 100% dès mars 2011, tout en proposant un nouvel examen ultérieur selon l'évolution de la situation. Ensuite, dans un rapport subséquent du 12 mai 2011, il a indiqué qu'une invalidité devenait de plus en plus probable et a exprimé le souhait d'examiner une nouvelle fois l'assurée, ce qu'il n'a finalement pas fait, la Nationale Suisse ne l'ayant apparemment pas mandaté à cette fin. Dans la mesure où la capacité de travail n'a pas été réévaluée par cet expert et ne s'est manifestement pas améliorée dans la mesure espérée, la chambre de céans ne saurait se fonder sur les conclusions du Dr G____.

S'agissant enfin des rapports des médecins de la recourante, émanant en particulier des Drs B____, M____, H____, J____, L____ et S____, ils sont peu motivés et ne se livrent pas à une analyse détaillée de l'ensemble des atteintes de l'assurée, si bien que l'on ne saurait sans autre se fonder sur ceux-ci. Il sied également de 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).

15. En définitive, la chambre de céans constate que la cause est insuffisamment instruite, de sorte qu'elle n'est pas en mesure de statuer définitivement sur la capacité de travail, partant sur le degré d'invalidité et le maintien du droit à la rente.

Il se justifie en conséquence d'admettre partiellement le recours, d'annuler la décision du 17 octobre 2014 et de renvoyer la cause à l'OAI pour instruction complémentaire et nouvelle décision.

Cette instruction pourra être mise en œuvre par un complément d'expertise auprès du CEMed ou par une nouvelle expertise pluridisciplinaire confiée à des experts indépendants, selon la procédure prévue à l'art. 44 LPGA.

Les experts se prononceront sur la capacité de travail et son évolution, en tenant compte de l'ensemble des rapports médicaux versés au dossier, y compris ceux produits par la recourante postérieurement à l'expertise du CEMed de 2013.

En outre, si les experts confirment finalement le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, il leur appartiendra d'évaluer la capacité de travail à la lumière des indicateurs standard développés par le Tribunal fédéral au consid. 4 de l'arrêt 9C_492/2014 précité, en motivant suffisamment leur appréciation.

16. Depuis la modification de jurisprudence résultant de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 (arrêt 9C_492/2014), l'OAI a indiqué dans diverses procédures

pendantes devant la chambre de céans qu'il n'entendait pas faire application de cette nouvelle jurisprudence dans les procédures en cours.

Dans ces conditions, il paraît opportun de relever que la nouvelle jurisprudence du Tribunal fédéral relative au trouble somatoforme douloureux est applicable au cas d'espèce, dès lors qu'un changement de jurisprudence s'applique aux affaires pendantes devant un tribunal au moment dudit changement (ATF 108 V 3). La jurisprudence publiée aux ATF 119 V 410, que l'intimé invoque régulièrement pour étayer son refus d'appliquer la nouvelle jurisprudence, n'y change rien, puisqu'elle se penche sur la question de savoir si le fait qu'une décision soit entrée en force s'oppose à l'application d'une nouvelle jurisprudence. Or, le cas particulier ne concerne précisément pas une décision en force, dans la mesure où la décision querellée a fait l'objet d'un recours.

Partant, la modification de jurisprudence résultant de l'arrêt du Tribunal fédéral du 3 juin 2015 doit être prise en considération pour résoudre le présent litige.

17. Au vu du renvoi de la cause et dans la mesure où l'instruction entreprise par l'intimé est incomplète, il n'y a pas lieu d'ordonner une expertise judiciaire.
18. La recourante, représentée par un conseil, obtient partiellement gain de cause, de sorte qu'elle a droit à une indemnité à titre de participation à ses frais et dépens, que la chambre de céans fixe en l'occurrence à CHF 2'500.- (art. 61 let. g LPGA ; art. 89H al. 3 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 - LPA ; RS E 5 10 ; art. 6 du règlement sur les frais, émoluments et indemnités en procédure administrative du 30 juillet 1986 - RFPA ; RS E 5 10.03).

La procédure de recours en matière de contestation portant sur l'octroi ou le refus de prestations de l'assurance-invalidité étant soumise à des frais de justice, un émolument de CHF 200.- est mis à charge de l'intimé (art. 69 al. 1 bis LAI).

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement et annule la décision du 17 octobre 2014.
3. Renvoie le dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle décision dans le sens des considérants.
4. Condamne l'OAI à verser à la recourante une indemnité de CHF 2'500.- à titre de dépens.
5. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
6. 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

Le président

Florence SCHMUTZ

Mario-Dominique TORELLO

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