

RÉPUBLIQUE ET



CANTON DE GENÈVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3777/2017

ATAS/633/2018

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 9 juillet 2018

10^{ème} Chambre

En la cause

CAISSE FÉDÉRALE DE PENSIONS PUBLICA, sise Eigerstrasse
57, BERN

recourante

contre

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

intimé

Madame A_____, domiciliée à MEYRIN, comparant avec élection
de domicile en l'étude INDEMNIS, par Me Marc MATTHEY-
DORET

appelée en
cause

Siégeant : Mario-Dominique TORELLO, Président; Willy KNÖPFEL et Jean-Pierre WAVRE, Juges assesseurs

EN FAIT

1. Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née le _____ 1964, comptable, a travaillé pour la B_____ (ci-après : l'employeur) depuis le 1^{er} mars 2004. Elle était à ce titre affiliée pour la prévoyance professionnelle auprès de la caisse fédérale de pensions PUBLICA (ci-après : PUBLICA ou la recourante).
2. Le 12 novembre 2012, elle a déposé une demande de prestations auprès de l'office cantonal de l'assurance-invalidité (ci-après : l'OAI ou l'intimé), en raison de diverses atteintes à la santé (diabète, problèmes cardio-vasculaires, tunnel carpien, dépression, hernie discale cervicale). Elle était suivie par le docteur C_____, spécialiste FMH en médecine interne, endocrinologie/diabétologie, depuis juin 2010, par le docteur D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, depuis février 2012 pour dépression, et par le docteur E_____, spécialiste FMH en neurologie, depuis juin 2012.
3. Par décision du 15 novembre 2013, après avoir adressé à l'assurée ainsi qu'à PUBLICA un projet d'acceptation de rente, qui n'a pas fait l'objet de remarques de la part des intéressés, l'OAI a octroyé une demi-rente d'invalidité, basée sur un degré d'invalidité de 50 % (dès le 1^{er} novembre 2010). Depuis novembre 2009 (début du délai d'attente d'un an) sa capacité de travail (ci-après : CT) était considérablement réduite. Son statut était celui d'une personne active à plein temps. Le service médical régional (ci-après : SMR) a estimé sur la base du dossier médical que sa CT était de 50 % dans toute activité dès janvier 2013. En raison de la demande tardive de prestations, le versement de la rente ne pourrait intervenir qu'à partir de mai 2013. Cette décision est entrée en force.
4. Le 6 juin 2016, l'OAI a reçu, en vue d'une demande de révision de la rente, un rapport médical daté du 20 mai 2016 établi par la docteure F_____, spécialiste FMH en médecine interne au centre médical de la Servette. Elle retenait les diagnostics suivants : avec effet sur la CT : trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère ; troubles cognitifs en cours d'investigation ; névralgie cervico-brachiales droites sur discopathie protrusive C6-C7 avec limitation douloureuse de la mobilité ; syndrome cervical sur troubles dégénératifs C5 à C7, protrusion discale C5-C6 gauche et C6-C7 droite ; omalgies gauche sur bursite sous-acromiale récidivante avec lésion fissuraire des trois-quarts du tendon supraépineux antérieur et distal ; cataracte bilatérale ; sans effet sur la CT : cardiopathie ischémique : maladie coronarienne tronculaire avec PTCA et quatre stents actifs ; diabète de type II depuis 1991, non insulino-dépendant ; athéromatose peu sténosante carotide externe droite, et modérée carotide externe gauche ; hypothyroïdie substituée ; neuropathie bilatérale nerfs cubitiaux des deux coudes, opérée à gauche le 5 mars 2015 ; capsulose rétractile épaule droite ; obésité BMI 30.4 kg/m²; stéatose-hépatite ; fibrome latéro-utérin gauche ; eczéma; rosacée télangectasique.

L'évolution et la modification de l'état de santé depuis l'octroi de la rente était une péjoration des cervicalgies, troubles visuels, de l'état dépressif et des difficultés de concentration. L'incapacité de travail (ci-après : IT) était de 100 % dans son activité habituelle de secrétariat, dès le 19 avril 2016. On ne pouvait s'attendre actuellement à une reprise de l'activité professionnelle, l'activité exercée n'était plus exigible. Le traitement actuel était médicamenteux et de physiothérapie, avec des suivis spécialisés par le neurochirurgien, le psychiatre, un psychologue et le neurologue. Étaient annexés à ce rapport les documents médicaux suivants :

- un rapport de consultation spécialisée du 2 mai 2016, par le Docteur G_____, neurochirurgien FMH. Il revoyait cette patiente qu'il avait vue en 2012 pour la même symptomatologie, à savoir des cervicobrachialgies à droite. La situation avait évolué en dents de scie. La patiente présentait actuellement un syndrome un peu plus sévère et était en arrêt de travail depuis le 19 avril (2016). Il relevait qu'elle avait eu un by-pass digestif le 3 novembre 2015 qui lui avait permis de perdre 23 kg. Elle était également connue pour un diabète insulino-dépendant (recte : non insulino-dépendant), des troubles coronariens ; elle était sous aspirine cardio, Beloc, Eltroxine, Sortis et Fluoxétine. À l'examen clinique : état général conservé, franc syndrome cervical avec limitation douloureuse de la mobilité. Reproduction des névralgies lors de l'extension de la tête. Discrets signes de compression radiculaire. Diminution des réflexes bicipital et tricipital droits. L'IRM du 27 avril 2016 montre des troubles dégénératifs connus en C5-C6 et C6-C7. Protrusion paramédiane gauche en C5-C6 et protrusion plus globale et latéralisée à droite en C6-C7 avec une réaction sous-chondrale de type Modic II. En conclusion : névralgies cervicobrachiales à droite en relation avec une discopathie protrusive C6-C7. En l'absence de troubles neurologiques, l'indication opératoire va dépendre essentiellement de l'impact des symptômes sur sa qualité de vie. Cependant, selon ce médecin, tous les éléments sont réunis pour proposer à la patiente une stabilisation compte tenu de la longueur de l'évolution et de l'accentuation des symptômes ;
- un rapport du docteur H_____, médecin d'entreprise, du 17 février 2016, qui indiquait au service des ressources humaines de l'employeur être en possession d'un rapport de l'ophtalmologue traitant de l'assurée. Celui-ci confirmait les problèmes visuels rencontrés par la patiente, impliquant des difficultés lors du travail prolongé à l'écran. Une prise en charge intensive du diabète en vue d'une stabilisation avait été instaurée. Après stabilisation, il serait probablement envisagé une cure chirurgicale des problèmes ophtalmologiques. Le pronostic visuel restait donc ouvert. Actuellement, l'ophtalmologue traitant proposait les mesures suivantes : utilisation des écrans de façon discontinue en aménageant des plages sans travail à l'écran ; adaptation de la luminosité, des contrastes et de la taille des caractères afin de diminuer la fatigue visuelle. Le médecin d'entreprise prescrivait que ces mesures devaient être appliquées en attendant la stabilisation de l'état de santé et l'amélioration de ses capacités visuelles.

5. L'OAI a confirmé à l'assurée, par courrier du 10 juin 2016, qu'au vu des pièces produites, il entrait en matière et allait instruire la demande de prestations. Il sollicitait de l'assurée des informations complémentaires concernant sa situation familiale, professionnelle et médicale actuelle.
6. La patiente a donné suite à cette demande par courrier du 15 juin 2016. Elle a notamment indiqué les coordonnées de son ophtalmologue traitante, et précisé que son activité professionnelle était toujours à 50 % auprès du même employeur qui, actuellement, lui versait son salaire.
7. L'employeur a répondu au questionnaire le concernant ; il a notamment versé au dossier un tableau des périodes d'incapacité de travail du 27 février 2014 au 20 avril 2016 (voir ci-dessous), et produit un descriptif du poste de travail occupé. Depuis le 1^{er} janvier 2014, elle travaille à raison de 20h75 par semaine, l'horaire de travail normal dans l'entreprise étant de 41h50 par semaine. Le dernier jour de travail avait été le 19 avril 2016, la collaboratrice étant en arrêt de travail dès le 20 avril 2016.
8. La doctoresse I_____, spécialiste FMH en ophtalmologie et ophtalmochirurgie (ophtalmologue traitante de l'assurée), a répondu à un questionnaire de l'OAI : elle a retenu le diagnostic avec effet sur la CT de diabète. La patiente était en traitement ambulatoire auprès d'elle depuis mars 2011 ; le dernier contrôle remontait au 4 avril 2016. Constatations objectives : cataracte corticonucléaire avec syndrome exfoliatif, œil droit et œil gauche. Le pronostic était : aggravation des symptômes ; le traitement actuel consistait en une correction optique par les lunettes. Elle ne s'est pas prononcée sur l'IT, ni sur les limitations, pas plus que sur l'exigibilité ni le rendement.
9. L'OAI a sollicité un rapport de la neurologue traitante, la doctoresse J_____, spécialiste FMH en neurologie qui a répondu le 3 octobre 2016 : elle a retenu les diagnostics suivants. Avec effet sur la CT : plaintes cognitives depuis 2010 (année de la problématique cardiaque avec nombreux gestes de cardiologie interventionnelle), d'évolution stationnaire, d'origine multifactorielle probable (troubles psychiatriques, douleurs chroniques, médicamenteux) ; trouble dépressif récurrent ; douleurs chroniques du membre supérieur droit (MSD) ; hypothyroïdie substituée ; diabète de type II depuis 1991 non insulino-dépendant. Sans effet sur la CT : cardiopathie ischémique : maladie coronarienne tritonculaire avec PTCA (Ndr b: *Percutaneous transluminal coronary angioplasty*, en français : angioplastie coronaire transluminale percutanée) et quatre stents actifs ; syndrome cervical sur troubles dégénératifs C5 à C7 ; protrusion discale C5-C6 gauche et C6-C7 droite avec névralgies cervico-brachiales droites sur discopathie protrusive C6-C7 avec limitation douloureuse de la mobilité ; athéromatose des deux bifurcations carotidiennes avec sténose serrée à l'origine de l'artère carotide externe gauche ; obésité BMI 30.4 kg/m² ; by-pass gastrique avec cholécystectomie laparoscopique. Sur le plan anamnestique, elle décrit une patiente aux antécédents médicaux chargés. Depuis juin 2010 elle se plaint d'oublis, difficultés à fixer les priorités,

diminution de l'attention, diminution d'endurance mentale et physique. L'année 2010 a coïncidé avec plusieurs gestes de cardiologie interventionnelle, sans qu'il n'y ait eu d'arrêts cardio-respiratoires, ni de symptômes neurologiques. La problématique cardiaque a par ailleurs induit d'importantes difficultés émotionnelles. La patiente n'a pas été investiguée concernant les plaintes cognitives. Ces dernières se sont accentuées lors de la reprise professionnelle. La confrontation par des tiers à ses difficultés a généré un stress sévère que la patiente est incapable de gérer. Par ailleurs, elle décrit également depuis 2010, une importante fatigabilité physique, l'obligeant à faire une sieste quotidienne ; si ce n'est pas possible, la fatigue est cumulative et exacerbe aussi les plaintes cognitives. Elle a décrit les symptômes actuels (oublis, difficultés de concentration, d'organisation, difficultés à définir les priorités et à prendre du recul ; diminution d'endurance mentale et physique ; la thymie est diminuée ; états d'anxiété sévères ; pensées qui s'emballent ; douleurs importantes et chroniques du MSD ; tous les symptômes sont exacerbés par le stress, par la contrainte d'horaires et de rentabilité) ; elle a également énuméré les constatations objectives au status et aux examens radiologiques. Elle conclut que le plus probable est que les plaintes cognitives soient plutôt secondaires à la problématique psychiatrique (cette dernière étant aussi en partie liée au contexte médical somatique chargé). Y contribuent certainement aussi les douleurs chroniques du MSD et possiblement une partie de la médication y relative. Quant au pronostic, il était au mieux stationnaire, pour autant que la patiente n'ait pas d'activité professionnelle ; sinon, défavorable. Ce médecin conclut notamment que la réadaptation professionnelle n'est pas envisageable, pas plus que l'amélioration de la CT. En ce qui concerne l'IT médicalement attestée de 20 % au moins dans la dernière activité exercée en tant que gestionnaire client à la B_____, elle indique que la patiente est en arrêt de travail à 100 % depuis au moins le 16 février 2015, sauf erreur de sa part, indiquant toutefois qu'elle n'a géré aucun arrêt de travail.

10. Sollicitée également, la doctoresse K_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, psychiatre traitante, (doc 63 dossier OAI) a répondu au questionnaire de l'OAI le 5 octobre 2016. Elle retient le diagnostic avec effet sur la capacité de travail de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33. 3) (recte : F33.2) Cette spécialiste situe le début de la longue maladie à 2010, retient une CT exigible de 0 %, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. À titre de restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, la psychiatre traitante a retenu l'état dépressif dans un contexte de douleurs chroniques du MSD et d'antécédents somatiques lourds renvoyant au dossier somatique. Ces restrictions se manifestent au travail sous forme de troubles cognitifs, attentionnels et de concentration ; difficultés à gérer le stress, les tâches complexes, difficultés à la focalisation à l'organisation et la hiérarchisation des tâches, fatigabilité et distractibilité ; thymie anxio-dépressive, labilité émotionnelle, douleurs chroniques. Du point de vue médical, l'activité exercée n'est plus exigible, le rendement étant réduit à 100 %. Elle retient le

diagnostic ayant un effet sur la CT de trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33.3). Les renseignements anamnestiques reprennent ceux déjà évoqués précédemment par la neurologue. Le traitement actuel consiste en une psychothérapie une fois par semaine et un traitement médicamenteux (Fluctine 30 mg) ; elle retient une IT à 100 % dès le 16 février 2015 (actuellement en cours) délivrée par le médecin traitant somatique. Aucune mesure ne peut réduire les restrictions énumérées ; on ne doit pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou de l'amélioration de la CT.

11. Le médecin traitant a adressé à l'OAI les documents médicaux complémentaires sollicités :

- rapport de radio- et échographie de l'épaule droite du 5 octobre 2016, qui concluait à une tendinopathie insertionnelle du tendon sous-scapulaire et de l'infra-épineux, non fissuraire. Tendinopathie calcifiante du tendon du supraépineux, avec suspicion d'une fissuration focale transfixiante au tiers antérieur. Bursite sous acromio-deltoïdienne. Première séance d'infiltration de la bourse sous acromio-deltoïdienne avec un bon résultat technique ;
- rapport de consultation ambulatoire de la douleur du 28 juillet 2016 aux Hôpitaux universitaires de Genève (ci-après : HUG) : diagnostic : cervicobrachialgies droite chronique sur troubles dégénératifs C5-C7, protrusion discale C5-C6 gauche et C6-C7 droite ; neuropathie bilatérale des nerfs cubitiaux au coude, opérée à gauche en mars 2015 ; status post (s/p) cure de tunnel carpien bilatéral en 2010 et 2015 ; s/p post bursite sous acromiale récidivante avec lésion du tendon supraépineux antérieur et distal à gauche ; capsulite de l'épaule droite rétractile décrite sur une IRM. Trouble dépressif récurrent épisode actuel modéré à sévère ; obésité avec une BMI à 30. 4 kg/m² ; s/p by-pass gastrique et cholécystectomie la pause copie en novembre 2015 ; cardiopathie ischémique avec maladie coronarienne tritronculaire avec PTCA et quatre stents actifs ; diabète de type II non insulino-dépendant. Hypothyroïdie substituée. Selon l'anamnèse psychosociale, la patiente travaille à la B_____ à 50 % et bénéficie d'une rente AI pour les autres 50 %. Actuellement, elle est en arrêt de travail depuis ce printemps en raison d'une part de l'intensité des douleurs mais également dans le contexte d'un trouble dépressif récurrent avec un épisode actuel moyen à sévère. Une demande de complément de rente invalidité est actuellement en cours. Au plan personnel, la patiente est divorcée, sans enfants. Sa famille vit en Italie, dont elle est originaire. Elle a de très bons contacts avec sa famille et se sent plutôt mieux lorsqu'elle est en Italie. Ici, elle est entourée d'amis et fréquente également assidûment les groupes de personnes ayant été opérées d'un by-pass. Au plan thymique, la patiente est suivie depuis 2010 pour un trouble dépressif récurrent. Elle qualifiait actuellement son moral de « pas à 100 % » même si elle se trouve plutôt mieux et plus sereine depuis l'introduction de Duloxetine. Elle décrit passer parfois des jours entiers à la maison sans sortir, en particulier lorsqu'elle n'a pas de rendez-vous, de même

que certaines pertes de mémoire. À l'examen clinique, rachis cervical : douleurs à la palpation des vertèbres C5 à C7 avec une contracture paravertébrale droite importante au niveau C6-C7 environ. La mobilité du rachis cervical est conservée mais douloureuse dans tous les extrêmes. Membres supérieurs : force conservée et symétrique, ROT non obtenu ddc, sensibilité et piquer toucher conservés, froid conservé. Testing de la coiffe des rotateurs à droite entraîne essentiellement une douleur au niveau de la contracture paravertébrale droite du muscle trapèze ;

- rapports de la Dresse J_____, des 3 juin, 31 août et 1^{er} décembre 2016 dont les plus récents reprennent, dans l'ensemble, les termes du premier rapport (3 juin 2016) et ses conclusions ; cette spécialiste indique que dans le contexte global où se trouve la patiente, cette dernière n'est clairement pas apte à travailler, que ce soit dans son activité actuelle, comme à un autre poste. Après la reprise de son travail à 50 % en 2014, reprise ayant réactivé d'emblée des troubles cognitifs, notés par son entourage professionnel, alors que les difficultés relatives à ses troubles n'avaient que peu de répercussions sur la vie quotidienne de la patiente alors qu'elle n'avait pas repris le travail. Le pointage de ses difficultés à la patiente, le stress que cela a généré, et l'obligation d'une rentabilité n'ont fait qu'exacerber ses troubles. Palier dans la mesure du possible à ces derniers a demandé un effort immense à la patiente. Cela a, à son tour, accentué la diminution d'endurance mentale et physique. Une altération thymique sévère en découle actuellement ;
- un rapport d'IRM cérébrale et angio-IRM des troncs supra-aortiques et des artères intracrâniennes du 9 juin 2016 : en conclusion : athéromatose des deux bifurcations carotidiennes avec sténose serrée à l'origine de l'artère carotide externe gauche, sans sténose objectivable du côté droit. IRM cérébrale et angio-IRM des troncs supra-aortiques et des artères, par ailleurs dans les limites de la norme ;
- un rapport de test à l'effort du 10 mai 2016 de la doctoresse L_____, FMH en cardiologie, qui conclut à un test d'effort cliniquement et électriquement négatif pour une ischémie du myocarde. Absence d'arythmie. Bonne adaptation hémodynamique à l'effort et à la phase de récupération. Elle a encouragé la patiente à pratiquer un peu plus d'activités physiques d'endurance. Elle a prescrit une cure de Magnésiocard en raison d'à-coups dans le rythme cardiaque sur probables extrasystoles ;
- Le bilan radio échographie de la hanche gauche du 26 avril 2016 par le centre d'imagerie de la Servette (Docteur M_____) qui conclut à une absence de fracture, d'enthésopathie calcifiée ou de bursopathie exsudative du moyen fessier gauche. Douleur élective reproductible à la palpation échoguidée sur l'enthèse distale du moyen fessier gauche, compatible avec une tendinite simple. Première infiltration échoguidée non compliquée en surface de l'enthèse distale

du moyen fessier par une ampoule de Kenacort 40 mg avec bon résultat technique ;

- Ainsi qu'une série de rapports médicaux plus anciens notamment du Dr E_____, radiologue, du service de chirurgie viscérale et bariatrique, de 2009 à 2015.

12. Le 8 mars 2017, le SMR (Dr N_____) a émis un avis médical : il rappelle que l'assurée de 52 ans bénéficie d'une demi-rente d'invalidité depuis le 1^{er} novembre 2010 pour des cervicalgies, trouble visuel état dépressif, une demande de révision pour aggravation a été déposée le 6 juin 2016 par le biais du médecin traitant. Selon la Dresse F_____, l'assurée est en incapacité de travail totale depuis le 20 avril 2016. Pour elle il existe une péjoration de l'état dépressif et exacerbation des cervicalgies sur le lieu de travail. La neurologue traitante argumente dans le même sens ; la psychiatre traitante signale le 5 octobre 2016 un trouble dépressif récurrent épisode actuel sévère sans symptômes psychotiques (F33.2) ; tous les rapports signalent une péjoration de l'état de santé et sont convergents. L'assurée est en incapacité totale depuis le 20 avril 2016, le pronostic de récupérer une capacité de travail est bas.
13. Par courrier du 10 mars 2017, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente (augmentation de la rente d'invalidité) : dès le 1^{er} août 2016, elle a droit à une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %. Depuis le 1^{er} novembre 2010, elle est au bénéfice d'une demi-rente de l'assurance-invalidité, sur la base d'un degré d'invalidité de 50 %. En juin 2016, elle a déposé une demande de révision de cette rente en raison d'une aggravation de l'état de santé. Au vu des éléments médicaux versés au dossier, le SMR constate une aggravation de l'état de santé entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 22 avril 2016. En vertu des principes juridiques applicables, l'augmentation de la rente pourrait prendre effet après une période d'aggravation de trois mois, à savoir dès le 1^{er} août 2016. Ce projet a été adressé à l'employeur ainsi qu'à l'institution de prévoyance LPP.
14. Par courrier du 27 avril 2017, PUBLICA a adressé ses observations à l'OAI par rapport au projet de décision susmentionné. L'institution de prévoyance ne partage pas l'appréciation de l'OAI aux termes de laquelle il y aurait une aggravation notable de l'état de santé de l'assurée qui permettrait de réviser la rente versée : il ressort du dossier médical que, sur le plan psychique, le diagnostic posé, à savoir un épisode dépressif récurrent sévère sans symptôme psychotique reste le même. Il en est de même des symptômes qui, même s'ils sont parfois formulés différemment, sont largement semblables. De plus, il ne ressort pas des certificats médicaux que ces symptômes se seraient aggravés (rapport du 29 janvier 2013 du Dr D_____, rapport du 5 octobre 2016 du Dr K_____). Sur le plan physique, le diagnostic de cervicalgies existait déjà au moment où la décision d'octroi de la demi-rente a été rendue. Les rapports de la neurologue traitante ne sont pas probants, du fait qu'elle mélange des diagnostics relevant de sa spécialité avec d'autres n'étant pas de sa

compétence et qu'elle n'indique pas dans quelle proportion les cervicalgies influencent actuellement la CT. Cet élément est d'autant plus important que la neurologue traitante estime que les plaintes cognitives sont plutôt secondaires aux troubles psychiques. Quant au nouveau diagnostic de cataracte corticonucléaire avec syndrome pseudo exfoliatif touchant les deux yeux, il n'est pas déterminant dans la mesure où l'ophtalmologue traitante ne répond pas à la question de son influence sur la CT. On peut de surcroît douter de cette influence puisque le traitement consiste dans le port de lunettes. Les rapports des neurologues et ophtalmologue traitant ne répondent pas aux exigences posées par la jurisprudence fédérale en matière de valeur probante. En conclusion, PUBLICA estime qu'une IT totale alors qu'elle était de 60 % auparavant n'est pas justifiée dès lors que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié. En conclusion, il n'y a pas lieu d'augmenter la rente de l'assurée.

15. Dans le cadre de l'audition, l'OAI a recueilli des informations complémentaires de la part de la généraliste traitante : celle-ci a produit deux rapports de consultation nouveaux :

- le rapport de consultation spécialisée du 16 mai 2017 du Dr G_____ (neurochirurgien FMH) : ce spécialiste relève avoir eu l'occasion de revoir cette patiente pour une recrudescence de douleurs cervico-brachiales droites. Il y a une année, il mettait tout ça sur le compte d'une discopathie cervicale. Un électromyogramme (ci-après : EMG) pratiqué récemment montre qu'il s'agit entre autres d'une atteinte du nerf cubital au coude, en plus de la contrainte cervicale. On assiste donc à une détérioration de la situation chez cette patiente. Comme le suggère le Dr E_____, la priorité actuellement est à la prise en charge périphérique. Dans ce sens-là, la patiente est adressée au docteur O_____, chirurgien de la main. Sur le plan du travail de la patiente, ceci représente un élément net d'aggravation qui va dans le sens de la décision de l'OAI de lui attribuer une rente à 100 %.

- Un avis de sortie du service de cardiologie des HUG, suite à un séjour du 31 mai au 1^{er} juin 2017 : cette hospitalisation était due à une coronarographie élective pour ischémie myocardique à l'IRM cardiaque. Le diagnostic principal est le suivant : lésions tritronculaires avec progression plus marquée au niveau de la CD (coronaire droite) ostiale (50 % à 70 %), de la CD moyenne (50 % à 70 %) et la CD distale (70 %-90%).

16. Le SMR (Dr N_____) a émis un nouvel avis le 14 juin 2017 : par rapport aux objections de PUBLICA, sur le plan psychique, le fait que le diagnostic soit resté le même qu'en 2013 ne signifie pas encore que l'état de santé de la patiente ne se soit pas péjoré, et la remarque selon laquelle le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte anxieuse et dépressive ne figure pas en 2016, n'est pas non plus un signe d'amélioration de l'état de santé mais s'explique par le fait qu'à l'époque il existait un conflit du travail. Le SMR persiste à considérer qu'en 2015 il existait bien une péjoration de l'état de santé qui a fait que la capacité de travail est passée

de 50 % à 0 %. Quant à l'avis du neurologue traitant, l'opposante considère que ses rapports ne seraient pas probants dans la mesure où la Dresse J_____ mélangerait les diagnostics relevant de sa propre spécialité, avec d'autres qui ne seraient pas de sa compétence. L'argument n'est pas convaincant, dans la mesure où la neurologie est une sous-spécialité de la médecine interne, de sorte qu'il est erroné de prétendre qu'un neurologue ne pourrait pas se prononcer par rapport à d'autres diagnostics de médecine interne. Pour le SMR, les rapports de la neurologue traitante sont convaincants, dans la mesure où ils tiennent compte de la globalité de la situation de la patiente et des interactions des différents diagnostics. Le SMR relève encore que le rapport médical de l'ophtalmologue traitante n'a pas eu d'incidence dans l'analyse du dossier par le SMR. Dans le cadre de l'audition, le médecin traitant (Dr F_____) a indiqué encore une détérioration de l'état de santé au niveau cardiologique et neurologique : selon le Dr G_____, neurochirurgien, la patiente souffre d'une nouvelle atteinte, soit du nerf cubital du coude, en plus de la contrainte cervicale. Du point de vue cardiaque, l'assurée a bénéficié d'une coronarographie élective pour ischémie myocardique à l'IRM cardiaque, et l'assurée a bénéficié de l'implantation de deux stents actifs. En conclusion, le SMR persiste dans son avis antérieur, malgré l'opinion du service juridique de PUBLICA.

17. Sur quoi, l'OAI a rendu, en date du 2 août 2017, une décision augmentant dès le 1^{er} août 2016 la demi-rente servie jusque-là, à une rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %, reprenant les termes et motifs du projet de décision, relevant que les objections soulevées par PUBLICA à l'encontre du projet de décision du 10 mars 2017 avaient été soumises au SMR qui maintenait sa position.
18. Par mémoire du 14 septembre 2017, PUBLICA a saisi la chambre des assurances sociales de la Cour de justice d'un recours contre la décision susmentionnée. Elle conclut principalement à l'annulation de la décision de l'OAI du 2 août 2017, avec pour conséquence que l'intéressée continuera à avoir droit à une demi-rente d'invalidité, subsidiairement au retour du dossier à l'intimé pour instruction complémentaire et nouvelle appréciation de l'état de santé de la capacité de travail de l'assurée. Rappelant les principes légaux et jurisprudentiels applicables en matière de révision d'une rente existante, notamment par rapport aux notions de changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, le point de départ temporel pour l'examen d'une modification du degré d'invalidité, la recourante estime que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas aggravé depuis la décision initiale du 15 novembre 2013, que ce soit sur le plan psychique ou sur le plan physique. Du point de vue psychique, les diagnostics initialement posés, le 29 janvier 2013, étaient un épisode dépressif récurrent sévère sans symptômes psychotiques et un trouble de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive. Or, le premier diagnostic évoqué ci-dessus est repris par la Dresse K_____ dans son rapport du 5 octobre 2016, mais elle ne mentionne plus le second diagnostic posé par son confrère en janvier 2013. Par ailleurs, les symptômes retenus sont largement les mêmes, même s'ils sont parfois

formulés différemment, et la Dresse K_____ ne mentionne aucune aggravation de l'état de santé de la patiente. Ainsi, la capacité de concentration, d'adaptation et la résistance restent limitées, l'assurée souffrait toujours de troubles de la concentration, d'un ralentissement intellectuel (oubli, baisse d'efficacité) et d'un état anxieux. La question de savoir si l'état psychique de l'assurée ne se serait pas plutôt amélioré pourrait même être posée, du fait que le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, posé par le premier psychiatre, n'est pas repris par le second. Sur le plan physique, les diagnostics de cervicalgies, hypothyroïdie substituée et diabète existaient déjà au moment où la décision d'octroi de la demi-rente a été rendue, tout comme la cardiopathie ischémique (rapport du 17 décembre 2012 du Dr C_____ (endocrinologue/diabétologue et médecin interne)). Quant aux rapports de la neurologue traitante, il ne serait pas probant, pour les raisons exposées au stade de la procédure d'audition, et qu'il n'indique pas dans quelle proportion les troubles physiques et les troubles psychiques influencent actuellement la CT. Cette proportion est toutefois importante, dès lors que la neurologue estime que les plaintes cognitives sont plutôt secondaires aux troubles psychiques. Quant au Dr G_____, s'il indique que l'assurée présente actuellement un syndrome un peu plus sévère et que la situation a évolué en dents de scie, il ne se prononce pas sur la capacité de travail (pièce 153 dossier OAI) on ne peut donc déduire de son rapport que la CT serait réduite de manière durable. Enfin, un nouveau diagnostic de cataractes corticonucléaire avec syndrome pseudo exfoliatif touchant les deux yeux a été posé. Il n'est cependant pas déterminant dans la mesure où l'ophtalmologue traitante ne répond pas à la question de l'influence de diagnostic sur la CT. On peut de surcroît douter de ces influences puisque le traitement consiste dans le port de lunettes. Quant au rapport adressé à l'OAI postérieurement au projet de décision, il ne modifie toutefois en rien l'opinion de la recourante. La Dresse F_____ se contente de se référer, dans son rapport du 12 juin 2017, à deux rapports qui décriraient une détérioration de l'état de santé de l'assurée, soit un avis de sortie des HUG du 1^{er} juin 2017 et un rapport du 17 mai 2017 du Dr G_____. Il ne suffit pas qu'une aggravation soit attestée, elle doit encore avoir une influence sur la CT. Or, si l'avis de sortie des HUG indique que l'assurée a subi une coronarographie, il n'est pas clair sur l'ampleur et la durabilité de la détérioration et elle ne se prononce pas sur son influence sur la CT. Quant au Dr G_____, il attestait certes d'une aggravation avec apparition d'une atteinte au nerf cubital au coude, mais il reste largement imprécis sur l'existence et l'ampleur de l'influence de ce trouble sur la CT « qui va dans le sens de la décision de l'OAI de lui attribuer une rente à 100 % ». Enfin, le SMR indique que le fait que le diagnostic de troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive, ne figure plus en 2016 est normal car ce n'est pas le reflet d'une amélioration de l'état de santé mais uniquement de l'existence à l'époque d'un conflit du travail. Il n'en demeure pas moins que ces diagnostics avaient une influence sur la CT selon le Dr D_____, et que le conflit

sur le lieu de travail n'existe plus, ce qui peut influencer favorablement l'état de santé de l'assurée.

19. La chambre de céans a ordonné l'appel en cause de l'assurée, par ordonnance du 25 septembre 2017.
20. L'OAI s'est déterminé sur le recours par courrier du 19 octobre 2017. Il conclut à son rejet, considérant, selon les avis du SMR des 8 mars et 14 juin 2017 que l'assurée a bel et bien vu son état de santé se dégrader de manière notable depuis la dernière décision. La recourante n'apporte aucun élément permettant à l'intimé de faire une appréciation différente du cas.
21. L'appelée en cause, représentée par un conseil, s'est déterminée par courrier du 18 décembre 2017. Elle conclut au rejet du recours avec suite de dépens. Les éléments médicaux du dossier établis à satisfaction de droit attestent de façon convergente et unanime l'aggravation notable de son état de santé et l'IT désormais totale qui en résulte. Contrairement à ce que soutient la recourante, les avis médicaux figurant au dossier sont parfaitement clairs sur la question de l'exigibilité. Ainsi, les rapports médicaux trimestriels circonstanciés de la Dresse J_____ attestent d'une nette aggravation de l'état de santé de l'assurée, essentiellement sur le plan psychique mais également physique et d'une CT nulle, quelle que soit l'activité, depuis février 2015. Le rapport adressé par la Dresse J_____ à l'OAI, daté du 3 octobre 2016 atteste clairement d'une incapacité de travail totale et d'un rendement nul, quelle que soit l'activité. Les restrictions sont principalement en relation avec la problématique psychiatrique, soit un état dépressif marqué, elle-même influencée par les antécédents somatiques lourds ainsi que des douleurs chroniques au MSD. Il s'agit de troubles de l'attention et de la concentration, d'une incapacité à gérer le stress, d'une incapacité à gérer les multitâches, des difficultés organisationnelles (dont la détermination des priorités), d'une fatigabilité mentale et physique. En outre, l'assurée souffre d'états d'angoisse, de labilité émotionnelle et de douleurs chroniques au MSD. De même, le rapport médical de la Dresse K_____, psychiatre, daté du 5 octobre 2016 à l'attention de l'OAI atteste d'une IT totale depuis février 2015 tant dans l'activité habituelle que tout autre activité, en raison d'un état dépressif sévère. Ce psychiatre atteste en outre également des mêmes troubles cognitifs relevés par la neurologue, d'une thymie anxio-dépressive, de labilité émotionnelle et de douleurs chroniques du MSD. Enfin, comme l'atteste la médecin traitante dans son rapport du 12 juin 2017, il est également médicalement établi que les troubles de santé physique de l'assurée se sont notablement aggravés, tant sur le plan neurochirurgical que cardiaque comme en attestent les rapports produits. Cela étant, le Dr G_____ a encore explicité son appréciation dans un rapport daté du 13 décembre 2017 (produit en annexe à la détermination de l'appelée en cause). Selon ce nouveau rapport, dans lequel il précise connaître cette patiente depuis 2010 ; il indique que la situation s'est progressivement compliquée avec l'apparition de signes de compression au niveau des nerfs cubitiaux au coude et des nerfs médians au carpe nécessitant des

interventions chirurgicales. L'EMG du 8 mai 2017 montre la persistance d'une atteinte séquellaire du médian droit et une importante neuropathie du nerf cubital droit au coude, touchant à la fois le versant sensitif et le versant moteur. Il montre également des signes de souffrance radiculaire cervicale C6 et C7 à droite. Le tout survient dans un contexte de diabète, qui accentue la gravité de la symptomatologie. La CT de la patiente est nulle dans un poste nécessitant l'usage de ses membres supérieurs. Enfin, le rapport des HUG atteste de lésion cardiaque qui constitue assurément une aggravation par rapport à l'état antérieur qui prévalait au moment de l'octroi de la demi-rente. En résumé, force est de constater, avec le SMR, que les rapports médicaux convergent et attestent de manière unanime d'une nette aggravation de l'état de santé de l'appelée en cause avec une IT totale, en temps et en rendement, quelle que soit l'activité considérée.

22. La recourante a brièvement répliqué par courrier du 11 janvier 2018. Elle persiste dans ses conclusions. La réponse de l'OAI n'appelle aucune remarque particulière. Quant à la détermination de l'appelée en cause, elle se réfère à des rapports médicaux sur lesquels la recourante a déjà pris position dans son recours, à l'exception du rapport du 13 décembre 2017 du Dr G_____. Ce nouveau document n'apporte pas d'éléments nouveaux et ne se prononce que sur la CT de l'assurée dans une activité nécessitant l'usage de ses deux bras, et non dans une activité adaptée à ses limitations fonctionnelles.
23. Sur quoi, les parties ont été informées que la cause était 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).

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

2. La procédure devant la chambre de céans est régie par les dispositions de la LPGA et celles du titre IVA (soit les art. 89B à 89I) de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 (LPA - RS/GE E 5 10), complétées par les autres dispositions de la LPA en tant que ses articles précités n'y dérogent pas (art. 89A LPA), les dispositions spécifiques que la LAI contient sur la procédure restant réservées (art. 1 al. 1 LAI ; cf. notamment art. 69 LAI).
3. Le point de savoir si une partie a la qualité pour agir (ou légitimation active) ou la qualité pour défendre (légitimation passive) - question qui est examinée d'office (cf. ATF 110 V 347 consid. 1 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_40/2009 du 27 janvier 2010 consid. 3.2.1) - se détermine selon le droit applicable au fond, également pour la procédure de l'action soumise au droit public. En principe, c'est

le titulaire du droit en cause qui est autorisé à faire valoir une prétention en justice de ce chef, en son propre nom, tandis que la qualité pour défendre appartient à celui qui est l'obligé du droit et contre qui est dirigée l'action du demandeur (RSAS 2006 p. 46 ; cf. ATF 125 III 82 consid. 1a). La qualité pour agir et pour défendre ne sont pas des conditions de procédure, dont dépendrait la recevabilité de la demande, mais constituent des conditions de fond du droit exercé. Leur défaut conduit au rejet de l'action, qui intervient indépendamment de la réalisation des éléments objectifs de la prétention du demandeur, et non pas à l'irrecevabilité de la demande (SVR 2006 BVG n° 34 p. 131 ; cf. ATF 126 III 59 consid. 1 et ATF 125 III 82 consid. 1a).

À teneur de l'art. 60 de la loi genevoise du 12 septembre 1985 sur la procédure administrative (LPA), les parties à la procédure qui a abouti à la décision attaquée (let. a) et toute personne qui est touchée directement par une décision et a un intérêt personnel digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée (let. b) ont qualité pour recourir. Les lettres a et b de la disposition précitée doivent se lire en parallèle. Ainsi, le particulier qui ne peut faire valoir un intérêt digne de protection ne saurait être admis comme partie recourante, même s'il était partie à la procédure de première instance (ATA/522/2002 du 3 septembre 2002 consid. 2b et les références citées).

Selon l'art. 49 al. 4 LPGA, l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations est tenu de lui en communiquer un exemplaire. Cet autre assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré.

Touchée par ladite décision et ayant un intérêt digne de protection à son annulation ou sa modification, la recourante a qualité pour recourir (art. 59 LPGA).

4. Le délai de recours est de trente jours (art. 56 LPGA ; art. 62 al. 1 de la loi sur la procédure administrative du 12 septembre 1985 [LPA - E 5 10]). Interjeté dans la forme et le délai prévus par la loi, le recours est recevable (art. 56 ss LPGA et 62 ss LPA).
5. Le litige porte sur le droit de l'assurée à une rente d'invalidité entière, singulièrement de savoir si l'aggravation de son état de santé depuis la dernière décision de l'OAI statuant de manière complète sur le droit à la rente (15 novembre 2013), alléguée dans le cadre de sa demande de révision a été démontrée, et si c'est ainsi à juste titre que l'intimé lui a accordé une rente entière basée sur un taux d'invalidité de 100 %, dès le 1^{er} août 2016.
6. 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. Il convient ici de relever que l'entrée en vigueur de l'art. 17 LPGA, le 1^{er} janvier 2003, n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, de sorte que ceux-ci demeurent applicables par analogie (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

Tout changement important des circonstances propres à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 134 V 131 consid. 3 ; ATF 130 V 343 consid. 3.5). Tel est le cas lorsque la capacité de travail s'améliore grâce à une accoutumance ou à une adaptation au handicap (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_622/2015 consid. 4.1). Il n'y a pas matière à révision lorsque les circonstances sont demeurées inchangées et que le motif de la suppression ou de la diminution de la rente réside uniquement dans une nouvelle appréciation du cas (ATF 141 V 9 consid. 2.3 ; ATF 112 V 371 consid. 2b ; ATF 112 V 387 consid. 1b). Un motif de révision au sens de l'art. 17 LPGA doit clairement ressortir du dossier. La réglementation sur la révision ne saurait en effet constituer un fondement juridique à un réexamen sans condition du droit à la rente (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 111/07 du 17 décembre 2007 consid. 3 et les références). Un changement de jurisprudence n'est pas un motif de révision (ATF 129 V 200 consid. 1.2).

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).

7. 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).

En vertu de l'art. 28 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 (art. 28 al. 2 LAI).

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. 28 al. 2 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 (Ulrich MEYER-BLASER, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 1997, p. 8).

8. Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu un recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir (ATF 125 V 261 consid. 4). La tâche du médecin dans le cadre d'une révision de la rente selon l'art. 17 LPGA consiste avant tout à établir l'existence ou non d'une amélioration de l'état de santé de l'assuré en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale avec la situation au moment de son examen (ATF 125 V 369 consid. 2).

Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical n'est ni son origine, ni sa désignation, mais son contenu. À cet égard, il 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).

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). S'il est vrai que la relation particulière de confiance unissant un patient et son médecin traitant peut influencer l'objectivité ou l'impartialité de celui-ci (cf. ATF 125 V 351 consid. 3a 52 ; ATF 122 V 157 consid. 1c et les références), ces relations ne justifient cependant pas en elles-mêmes l'éviction de tous les avis émanant des médecins traitants. Encore faut-il démontrer l'existence d'éléments pouvant jeter un doute sur la valeur probante du rapport du médecin concerné et, par conséquent, la

violation du principe mentionné (arrêt du Tribunal fédéral 9C/973/2011 du 4 mai 2012 consid. 3.2.1).

Un rapport du SMR a pour fonction d'opérer la synthèse des renseignements médicaux versés au dossier et de prodiguer des recommandations quant à la suite à donner au dossier sur le plan médical. En tant qu'il ne contient aucune observation clinique, il se distingue d'une expertise médicale (art. 44 LPGa) ou d'un examen médical auquel il arrive au SMR de procéder (art. 49 al. 2 RAI ; arrêt du Tribunal fédéral 9C_542/2011 du 26 janvier 2012 consid. 4.1). Ces rapports ne posent pas de nouvelles conclusions médicales mais portent une appréciation sur celles déjà existantes. Au vu de ces différences, ils ne doivent pas remplir les mêmes exigences au niveau de leur contenu que les expertises médicales. On ne saurait en revanche leur dénier toute valeur probante. Ils ont notamment pour but de résumer et de porter une appréciation sur la situation médicale d'un assuré, ce qui implique aussi, en présence de pièces médicales contradictoires, de dire s'il y a lieu de se fonder sur l'une ou l'autre ou s'il y a lieu de procéder à une instruction complémentaire (arrêt du Tribunal fédéral 9C_518/2007 du 14 juillet 2008 consid. 3.2 et les références citées).

9. Si les conditions de la révision sont données, les prestations sont, conformément à l'art. 17 al. 1 LPGa, modifiées pour l'avenir dans le sens exigé par le nouveau degré d'invalidité. Chaque loi spéciale peut fixer le point de départ de la modification ou encore exclure une révision en s'écartant de la LPGa (arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 806/04 du 15 mars 2005 consid. 2.2.).

Dans le domaine de l'assurance-invalidité, le point de départ d'une modification du droit aux prestations est fixé avec précision. En cas de modification de la capacité de gain, la rente doit être supprimée ou réduite avec effet immédiat si la modification paraît durable et par conséquent stable (première phrase de l'art. 88a al. 1 RAI) ; on attendra en revanche trois mois au cas où le caractère évolutif de l'atteinte à la santé, notamment la possibilité d'une aggravation, ne permettrait pas un jugement immédiat (deuxième phrase de la disposition ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 666/81 du 30 mars 1983 consid. 3, in RCC 1984 p. 137 s.). En règle générale, pour examiner s'il y a lieu de réduire ou de supprimer la rente immédiatement ou après trois mois, il faut examiner pour le futur si l'amélioration de la capacité de gain peut être considérée comme durable (arrêt du Tribunal fédéral 9C_32/2015 du 10 septembre 2015 consid. 4.1).

10. 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 ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 139 V 176 consid. 5.3 et les

références). Parmi tous les éléments de fait allégués ou envisageables, le juge doit, le cas échéant, retenir ceux qui lui paraissent les plus probables (ATF 126 V 360 consid. 5b ; 125 V 195 consid. 2 et les références ; cf. ATF 130 III 324 consid. 3.2 et 3.3). Aussi n'existe-t-il pas, en droit des assurances sociales, un principe selon lequel l'administration ou le juge devrait statuer, dans le doute, en faveur de l'assuré (ATF 126 V 322 consid. 5a).

Selon une jurisprudence constante, le juge des assurances sociales apprécie la légalité des décisions attaquées, en règle générale, d'après l'état de fait existant au moment où la décision litigieuse a été rendue. Les faits survenus postérieurement, et qui ont modifié cette situation, doivent normalement faire l'objet d'une nouvelle décision administrative (ATF 121 V 366 consid. 1b et les références). Les faits survenus postérieurement doivent cependant être pris en considération dans la mesure où ils sont étroitement liés à l'objet du litige et de nature à influencer l'appréciation au moment où la décision attaquée a été rendue (ATF 99 V 102 et les arrêts cités ; arrêt du Tribunal fédéral des assurances I 321/04 du 18 juillet 2005 consid. 5).

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

11. En l'espèce, il est établi que la demande de révision de la rente, reçue le 6 juin 2016, était fondée sur le rapport médical de la Dresse F_____, médecin traitant généraliste, du 20 mai 2016, qui retenait les diagnostics, avec effet sur la CT, de trouble dépressif récurrent, épisode actuel modéré à sévère ; troubles cognitifs en cours d'investigation, névralgies cervicobrachiales à droite sur discopathie protrusive C6-C7 avec limitation douloureuse de la mobilité, syndrome cervical sur troubles dégénératifs C5 à C7, protrusion discale C5-C6 gauche et C6-C7 droite ; omalgies gauche sur bursite sous-acromiale récidivante avec lésion fissuraire des trois-quarts du tendon supraépineux antérieur et distal ; cataracte bilatérale. À ce sujet, le médecin traitant a précisé que depuis l'octroi de la rente, l'état de santé de la patiente s'était péjoré, en ce qui concerne les cervicalgies, l'état dépressif et les difficultés de concentration, étant précisé que l'état des troubles cognitifs était encore en cours d'investigation. Elle indiquait expressément que l'incapacité de travail était de 100 % dans l'activité habituelle de secrétariat, dès le 19 avril 2016. On ne pouvait s'attendre actuellement à une reprise de l'activité professionnelle ; l'activité exercée n'était plus exigible. L'évolution et la modification de l'état de santé depuis l'octroi de la rente était une péjoration des

cervicalgies, troubles visuels, de l'état dépressif et des difficultés de concentration. L'incapacité de travail était de 100 % dans son activité habituelle de secrétariat, dès le 19 avril 2016. On ne pouvait s'attendre actuellement à une reprise de l'activité professionnelle, une activité exercée n'était plus exigible. Elle annexait d'ailleurs à son rapport médical deux autres documents médicaux, soit un rapport médical du neurochirurgien et la copie des instructions données à l'employeur par le médecin d'entreprise au sujet de la nécessité d'adaptation du poste et des conditions de travail, en raison des diagnostics ophtalmologiques posés. Il est constant que sur cette base, l'OAI, après avoir vérifié auprès de l'assurée qu'il devait considérer ce rapport médical comme une demande de révision de la rente, a confirmé à l'assurée que l'aggravation de l'état de santé était plausible, et qu'ainsi il entrait en matière sur cette demande. Il a donc poursuivi l'instruction médicale, et réuni des renseignements médicaux complémentaires auprès des divers spécialistes intervenant ou étant intervenus dans le dossier. Il sera revenu ci-après sur le détail des différents renseignements médicaux complémentaires recueillis dans le cadre de l'instruction, y compris par rapport aux diagnostics retenus dans la demande de révision, considérés à l'époque comme sans effet sur la CT par le médecin traitant.

Une fois le dossier instruit, l'OAI a adressé à l'assurée un projet d'acceptation de rente entière sur la base d'un degré d'invalidité de 100 %, l'aggravation de l'état de santé entraînant une incapacité de travail totale dans toute activité depuis le 22 avril 2016, ne prenant effet que dès le 1^{er} août 2016.

L'assureur LPP a contesté ce projet de décision. L'OAI a encore recueilli des éléments supplémentaires dans le cadre de l'audition, et confirmé, dans sa décision du 2 août 2017, l'augmentation de la demi-rente servie jusque-là, en une rente entière dès le 1^{er} août 2016, fondée sur un degré d'invalidité de 100 %. En substance, PUBLICA a contesté les conclusions de l'OAI admettant l'aggravation de l'état de santé et portant le taux d'invalidité à 100 %, au motif que les documents médicaux produits seraient insuffisants pour se voir reconnaître une pleine valeur probante selon les critères de la jurisprudence, argumentation qu'elle a reprise dans le cadre de son recours par-devant la chambre de céans. Il y a dès lors lieu d'examiner si les objections de la recourante sont fondées.

a. La recourante considère que du point de vue psychique, on ne peut parler d'aggravation, dès lors que l'un des deux diagnostics retenus en 2013 par le précédent psychiatre traitant (Dr P_____), est retenu également par l'actuelle psychiatre traitante. La Dresse K_____, a en effet retenu le trouble dépressif récurrent, épisode actuel sévère, sans symptômes psychotiques (F33. 3) (recte : F33.2) Cette spécialiste situe le début de la longue maladie à 2010, retient une CT exigible de 0 %, tant dans l'activité habituelle que dans une activité adaptée. À titre de restrictions physiques, mentales ou psychiques existantes, la psychiatre traitante a retenu l'état dépressif dans un contexte de douleurs chroniques du MSD et d'antécédents somatiques lourds renvoyant au dossier somatique. Ces restrictions se manifestent au travail sous forme de troubles cognitifs, attentionnels et de

concentration ; difficultés à gérer le stress, les tâches complexes, difficultés à la focalisation à l'organisation et la hiérarchisation des tâches, fatigabilité et distractibilité ; thymie anxio-dépressive, labilité émotionnelle, douleurs chroniques. Du point de vue médical, l'activité exercée n'est plus exigible, le rendement étant réduit à 100 %. Les renseignements anamnestiques reprennent ceux déjà évoqués précédemment par la neurologue. Elle retient une IT à 100 % dès le 16 février 2015 (actuellement en cours) délivrée par le médecin traitant somatique. Aucune mesure ne peut réduire les restrictions énumérées ; on ne doit pas s'attendre à une reprise de l'activité professionnelle ou de l'amélioration de la CT. On ne saurait suivre la recourante en tant qu'elle observe que la psychiatre traitante actuelle ne mentionne pas d'aggravation de l'état de santé par rapport à ce diagnostic. Il tombe tout d'abord sous le sens - et le SMR l'a observé dans l'un de ces avis médicaux - qu'un même diagnostic peut traduire des états très différents d'un sujet à un autre, d'intensité très différente, se traduisant dès lors de façon très différente en termes d'incapacité de travail, non seulement chez des patients différents, mais également chez un même patient à des périodes différentes, en fonction de son évolution. Dans le cas d'espèce, on peut aisément comprendre que la psychiatre traitante actuelle n'ait pas formellement parlé d'aggravation de l'état de santé, au sujet de ce même diagnostic : d'une part, elle n'était pas la psychiatre traitante de l'intéressée en 2013, de sorte qu'on peut concevoir qu'elle pût éprouver des réserves notamment intellectuelles à parler d'aggravation, dans la mesure où elle ne connaissait pas la patiente en 2013 et n'a donc pas pu procéder par comparaison objective. Il n'en demeure pas moins qu'en considérant, en 2016, que dans l'état actuel de la patiente, l'incapacité de travail était de 100 % dès le 16 février 2015 déjà, ce qui constitue en soi une aggravation par rapport à la situation telle qu'elle se présentait en 2013 au moment de l'octroi de la demi-rente d'invalidité, fondée sur un taux d'invalidité de 50 % à 60 %, selon l'avis de l'époque du psychiatre traitant. Or, cette détérioration de la capacité de travail est bien postérieure à la reprise de travail de l'intéressée à 50 % au printemps 2014. Cette aggravation est du reste confortée par le fait qu'à l'époque l'ancien psychiatre traitant avait émis un pronostic qui était de favorable à réservé : il considérait que l'état (psychique) de la patiente dépendrait des conditions extérieures et de son état de santé (sur le plan somatique par rapport à ses nombreuses atteintes). Il concluait à l'époque que la situation devrait être évaluée, dans une (reprise) d'activité professionnelle à 50 %. Or, c'est précisément peu après la reprise d'une activité professionnelle à 50 %, en 2014, que la situation s'est dégradée, tant sur le plan psychique, que sur le plan somatique, comme on le verra ci-après. On ne saurait davantage suivre la recourante, lorsqu'elle imagine même que l'on pourrait soutenir que l'état de santé psychique de la recourante se serait même amélioré, depuis la dernière décision d'octroi de la demi-rente, au motif que le second diagnostic psychiatrique posé à l'époque (troubles de l'adaptation avec réaction mixte, anxieuse et dépressive) n'aurait pas été repris par la psychiatre traitante actuelle. Comme l'a justement fait observer le SMR, le fait que la psychiatre actuelle n'ait pas repris ce diagnostic ne présume en rien d'une

amélioration de l'état de santé psychique de la patiente, mais s'explique tout au plus par le fait qu'à l'époque où il était retenu, ce diagnostic s'inscrivait dans le contexte d'un conflit au travail. Ce diagnostic avait d'ailleurs également été posé à l'époque par les médecins de la clinique de Montana, et précisément en raison de l'existence de ce conflit au travail. Ainsi eût-il été au contraire suspect, de la part de la psychiatre traitante actuelle, qu'elle retienne encore ce second diagnostic, dès lors que l'intéressée, éloignée de son environnement professionnel, présente toutes les chances de ne plus présenter ce même diagnostic. Mais une fois encore, cela n'a pas d'incidence sur le fait qu'à lui seul, comme le retient la psychiatre traitante actuelle, le diagnostic qu'elle retient ait pour conséquence une incapacité totale de travail, non seulement dans son activité habituelle, mais dans toute activité. Pour le surplus, le rapport de la psychiatre traitante est cohérent, fondé sur une pleine connaissance du dossier, et exempt de toutes contradictions. Il est convaincant et peut ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante.

b. Il en va de même des considérations de la recourante par rapport au plan physique. Il suffit pour elle, à la suivre, que les diagnostics retenus dans le cadre de la demande de révision, par les médecins traitants, aient déjà été posés antérieurement pour que l'on doive exclure toute aggravation de l'état de santé, depuis la précédente décision d'octroi de rentes en décembre 2013. Là encore, la recourante ne saurait être suivie. Elle observe à nouveau, sur le plan physique, que les diagnostics de cervicalgies (retenus tant en 2013 qu'en 2016 comme ayant un effet sur la CT) que ceux d'hypothyroïdie substituée, diabète, tout comme la cardiopathie ischémique (ceux-là ayant été considérés à l'époque comme sans effet sur la CT) ayant déjà été retenus à l'époque, cela devait conduire à la conclusion que l'on ne pouvait reconnaître d'aggravation de l'état de santé.

Certes, la recourante, respectivement ses représentants s'exprimant en son nom ne sont pas médecins, et l'on ne saurait dès lors les blâmer de déductions ou d'observations erronées, lorsqu'ils prennent position par rapport à des questions médicales. Il n'empêche toutefois que les exemples de diagnostics choisis par la recourante, qui existaient déjà lors de la première décision de l'OAI, sont alignés pêle-mêle, sans distinction entre ceux ayant ou n'ayant pas d'incidence sur la CT ; ce qui a tout de même une grande incidence sur l'appréciation critique de la recourante des différents avis médicaux produits dans le cadre de la procédure de révision. Au lieu d'examiner l'évolution de chaque catégorie de diagnostics retenus (avec ou sans effet sur la CT) en 2013, par rapport à 2016, la recourante ne fait qu'énumérer sans distinction les diagnostics qui se retrouvent avant et après la première décision de l'OAI. Elle fait valoir que l'avis émis par la neurologue traitante ne devrait pas se voir reconnaître de valeur probante, au motif qu'elle mélange des diagnostics relevant de sa spécialité avec d'autres n'étant pas de sa compétence. Comme l'a relevé à juste titre le SMR, la neurologie est une sous-spécialité de la médecine interne, de sorte que l'on ne voit dès lors pas en quoi une spécialiste en neurologie, également spécialiste en médecine interne, ne

pourrait pas valablement se prononcer, sinon relever d'autres diagnostics de médecine interne que strictement ceux relevant de la neurologie. On ne voit pas non plus de critiques fondées à ce qu'un interniste puisse, sinon doive, tenir compte d'un diagnostic posé par un autre spécialiste, notamment sur le plan psychique, pour poser une appréciation cohérente dans le domaine touchant sa propre spécialité. Ainsi, la recourante reproche à la neurologue non seulement d'avoir mélangé les diagnostics évoqués, comme relevé ci-dessus, mais également de ne pas avoir indiqué dans quelle proportion les troubles physiques et les troubles psychiques influenceraient actuellement la CT. Selon la recourante, une telle évaluation serait d'autant plus importante que la Dresse J_____ estime que les plaintes cognitives « seraient plutôt secondaires aux troubles psychiques ». La recourante ne semble pas réaliser que le qualificatif de « secondaires » n'évoque pas un caractère négligeable de ces troubles cognitifs, mais bien plutôt que leur nature, sinon leur intensité, sont, de façon significative, influencées par l'intensité des troubles psychiques. Du reste, à l'inverse, d'autres spécialistes (notamment psychiatre) étant intervenus dans le cadre de ce dossier, ont relevé que ses troubles psychiques sont eux-mêmes influencés et accentués par les très nombreuses atteintes somatiques dont souffre la patiente, et en particulier les complications du diabète connu de longue date, qui ont eu des répercussions notamment dans le domaine coronarien, et dans le domaine de la vue. Or, c'est précisément en procédant à cette évaluation tenant compte de la situation globale de l'état de santé de la patiente que la Dresse J_____ indique que « dans le contexte global où se trouve la patiente, cette dernière n'est clairement pas apte à travailler, que ce soit dans son activité actuelle, comme à un autre poste ». Et elle le justifie, notamment dans ses rapports des 3 juin, 31 août et 1^{er} décembre 2016. L'approche est identique du côté du Dr G_____, neurochirurgien : dans son rapport du 16 mai 2017, il observe non seulement, sur le plan neurochirurgical, avoir eu l'occasion de revoir cette patiente pour une recrudescence de douleurs cervico-brachiales droites. Il précise qu'une année auparavant, il mettait tout ça sur le compte d'une discopathie cervicale. Un EMG pratiqué récemment montre qu'il s'agit entre autres d'une atteinte du nerf cubital au coude, en plus de la contrainte cervicale. On assiste donc à une détérioration de la situation chez cette patiente, qui souffre d'une nouvelle atteinte, soit du nerf cubital du coude, en plus de la contrainte cervicale ; et qui relève également que du point de vue cardiaque, l'assurée a bénéficié d'une coronarographie élective pour ischémie myocardique à l'IRM cardiaque, et l'assurée a bénéficié de l'implantation de deux stents actifs. Sur ce dernier point, la recourante semble effectivement admettre une aggravation sur le plan cardiologique, ce qui est une réalité, dès lors que depuis la décision d'octroi de demi-rente, la patiente a subi une nouvelle coronarographie avec la pose de deux stents supplémentaires. Là encore les rapports des spécialistes neurologues, neurochirurgiens et médecins d'autres spécialités qui se sont prononcés et dont les avis ont été relevés ci-dessus et dans la partie en fait, sont cohérents, fondés sur une pleine connaissance du dossier, sont exempts de toutes contradictions. Ils sont convaincants et peuvent ainsi se voir reconnaître une pleine valeur probante.

Il résulte de ce qui précède que, contrairement à ce que soutient la recourante, l'ensemble des médecins qui ont eu à connaître de l'état de santé de l'assurée, que ce soient ses médecins traitants, ou les spécialistes consultés ponctuellement ou à intervalles réguliers, s'accordent tous et unanimement à reconnaître non seulement l'aggravation de l'état de santé de l'assurée, depuis la décision de rente de décembre 2013, mais encore que dans son état actuel, la patiente est totalement incapable de reprendre une activité, que ce soit dans l'activité précédente qui était déjà une activité tenant compte de certaines limitations, mais dans toute autre activité. Il en va de même des avis constants exprimés par le SMR par rapport à ce dossier, dans le cadre de cette demande de révision, ce service médical ayant de manière constante confirmé, en dépit des objections soulevées par la recourante, le caractère convaincant de ces rapports médicaux. En revanche, la recourante n'a étayé ses objections par aucun avis médical susceptible de remettre sérieusement et objectivement en cause les conclusions convergentes de tous les médecins qui se sont prononcés dans le même sens, dans le cadre de ce dossier.

Il en résulte que la chambre des assurances sociales considère, au degré de la vraisemblance prépondérante, que l'assurée, consécutivement à l'aggravation de son état de santé depuis 2014 (soit pratiquement depuis la reprise de son activité professionnelle à mi-temps après la première décision d'octroi de la demi-rente par l'OAI), a bel et bien conduit à son incapacité de travail totale et durable correspondant à un degré d'invalidité de 100 %, lui donnant droit avec effet au 1^{er} août 2016 à une rente entière d'invalidité.

12. Au vu de ce qui précède, le recours sera rejeté. Etant donné que depuis le 1^{er} juillet 2006, la procédure n'est plus gratuite (art. 69 al. 1^{bis} LAI), il y a lieu de condamner la recourante au paiement d'un émolument de CHF 200.-.

13. L'appelée en cause sollicite l'octroi de dépens.

Aux termes de l'article 61 let. g LPGA repris par l'article 89H al. 3 de la loi genevoise sur la procédure administrative (LPA), la procédure devant le tribunal cantonal des assurances est régie par le droit cantonal. Le tribunal cantonal doit octroyer au recourant qui obtient gain de cause le remboursement de ses frais et dépens, dans la mesure qu'il fixera.

L'article 61 let. g LPGA limite le droit à l'allocation de dépens à la personne du recourant. Toutefois, contrairement à la lettre restrictive de l'article 61 let. g LPGA, la jurisprudence a considéré que l'assuré, quelle que soit sa qualité en procédure cantonale (i.e : recourant, demandeur ou intimé), pouvait prétendre à des dépens s'il obtient gain de cause (ATF 108 V 111 ; cf. également ATAS/737/2008). De même, l'intervenant peut, selon la doctrine, faire valoir des dépens s'il obtient gain de cause, qui devront être pris en charge par l'institution d'assurance ; si cette institution d'assurance obtient également gain de cause, les dépens devront être pris en charge par la caisse du Tribunal (KIESER Ueli, ATSG-Kommentar, 2003, p. 629, § 97). Enfin, le Tribunal fédéral a jugé, dans un arrêt du 7 août 2001

(I 245/01) publié en partie à la SVR 2002 IV Nr. 5, que l'épouse du recourant, qui était alors représentée par un avocat et qui avait été amenée à se prononcer dans le cadre de la procédure cantonale opposant son époux à l'office AI ("Mitinteressierte"), avait droit à des dépens, attendu qu'elle aurait pu recourir contre le jugement cantonal et qu'elle aurait obtenu la qualité pour recourir. Tel est a fortiori le cas de l'appelé en cause, qui a les mêmes droits qu'une partie. On peut citer également la jurisprudence du Tribunal fédéral selon laquelle la qualité de partie doit être reconnue à un assureur-maladie dans un litige opposant un assuré à l'assurance-accident de sorte que l'assureur-maladie peut être condamné aux frais (ATF 127 V 107 ; ATAS/1069/2008).

Par conséquent, l'appelée en cause a droit à des dépens, fixés en l'espèce à CHF 1'500.-.

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

Statuant

À la forme :

Déclare le recours recevable.

Au fond :

1. Le rejette.
2. Condamne la CAISSE FÉDÉRALE DE PENSIONS PUBLICA à verser à A_____ une indemnité de CHF 1'500.- à titre de dépens.
3. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de la recourante.
4. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF - RS 173.110) ; le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire ; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

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