

REPUBLIQUE ET



CANTON DE GENEVE

POUVOIR JUDICIAIRE

A/3799/2011

ATAS/1303/2014

COUR DE JUSTICE

Chambre des assurances sociales

Arrêt du 11 décembre 2013

3^{ème} Chambre

En la cause

Madame A_____, domiciliée au GRAND-LANCY, comparant
avec élection de domicile en l'étude de Maître SEITENFUS Roman

recourante

contre

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

intimé

**Siégeant : Karine STECK, Présidente ; Diane BROTO et Christine LUZZATTO, Juges
assesseurs**

EN FAIT

1. Par décision du 24 juin 2008, l'office de l'assurance-invalidité de Genève (ci-après : OAI) a reconnu à Madame A_____ (ci-après : l'assurée), née en _____1954, ayant exercé la profession d'infirmière, puis de secrétaire médicale, le droit à une rente entière d'invalidité avec effet rétroactif, du 1^{er} août 2006 au 30 novembre 2007, puis à une demi-rente, dès le 1^{er} février 2008.

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

- un rapport rédigé le 4 avril 2006 par le docteur B_____, généraliste et médecin-traitant de l'intéressée, concluant à une capsulite rétractile, à un œdème mammaire douloureux, à une sciatalgie du membre inférieur droit et à une coxarthrose bilatérale ayant entraîné une totale incapacité de travail à compter du 12 août 2005 ; le médecin expliquait que sa patiente avait subi une mastectomie bilatérale en raison d'un carcinome ; il espérait qu'elle recouvre une capacité résiduelle de travail de 50 % dans son activité habituelle de secrétaire médicale ;
- un avis du service médical régional de l'AI (ci-après : SMR) du 24 avril 2006, concluant à une capacité résiduelle de travail de 50 % dans l'activité habituelle dès avril 2006 ;
- un nouveau rapport du Dr B_____, du 20 novembre 2005, faisant état d'une amélioration de l'état de sa patiente depuis l'été 2006 et concluant à une capacité de travail de 50 % à partir de janvier 2007 ;
- un stage d'observation professionnelle et un rapport de la division de réadaptation professionnelle du 6 août 2007, dont il ressort que l'assurée a pu conserver son emploi, moyennant une adaptation de son poste de travail et un stage et qu'elle ne subissait aucune perte économique (elle avait repris à 50 % le 8 janvier 2007, puis à 100 % dès le 2 avril 2007 ; puis, après une nouvelle intervention, à 50 %, le 30 juillet 2007 et à 100 %, le 25 août 2007) ;
- un rapport rédigé le 26 février 2008 par la doctoresse C_____, psychiatre, faisant état d'une aggravation de l'état de l'assurée et concluant à un trouble somatoforme douloureux, à une réaction anxieuse et dépressive à un cumul de facteurs de stress (succession de problèmes de santé ayant nécessité opérations et arrêts de travail répétés et deuil) et à un syndrome asthénique probable, entraînant une incapacité de travail de 100 % jusqu'au 3 mars 2008, puis de 50 % ;
- un bref rapport du Dr B_____ en mars 2008, confirmant cette aggravation sur le plan psychique et la faisant remonter à « 2-3 mois ».

2. Une révision du dossier de l'assurée a été entamée le 21 avril 2009.

3. Le 6 mai 2009, le Dr B_____ a fait état d'une aggravation de l'état de sa patiente du point de vue psychique, ayant entraîné une totale incapacité de travail depuis décembre 2008.
4. Constatant que les diagnostics retenus n'avaient pourtant pas changé, l'OAI a demandé une expertise rhumatologique et psychiatrique au Centre d'expertises médicales (CEMed), afin de vérifier si une aggravation était effectivement survenue depuis octobre 2008 et, en particulier, d'évaluer les conséquences du syndrome somatoforme douloureux et de l'état anxio-dépressif en tenant compte de la jurisprudence en vigueur, ce qui n'avait pas encore été fait.
5. Les docteurs D_____, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie, et E_____, spécialiste FMH en rhumatologie, ont rendu leur rapport le 22 février 2010.

Sur le plan somatique, les experts ont jugé que l'état de santé de l'assurée était compatible avec une activité sédentaire telle que celle de secrétaire médicale, précédemment exercée par l'assurée.

Sur le plan psychique, ils ont estimé que la situation semblait s'être améliorée au point que le trouble dépressif ne devait plus être qualifié que de léger. Ils ont retenu également le diagnostic de trouble panique mais ont conclu que, s'il était vraisemblable que l'assurée puisse perdre ses moyens quand elle était confrontée à un certain stress, cela ne justifiait pas une incapacité de travail.

6. Le dossier de l'assurée a alors été soumis au SMR qui a émis l'avis, en date du 19 avril 2010, que la capacité de travail était de 100 % depuis avril 2007, dans toute activité adaptée, c'est-à-dire permettant d'éviter de solliciter fortement les bras, de rester longtemps en position debout ou de se déplacer sur terrain instable. Le SMR a ainsi nié toute aggravation durable depuis octobre 2008. Il a estimé que l'aggravation reconnue le 25 mars 2008 - qui avait entraîné l'octroi d'une rente de 50 % dès février 2008 - reposait sur une documentation médicale lacunaire, ne tenant aucunement compte des critères jurisprudentiels en matière de troubles somatoformes douloureux.
7. Par décision du 3 octobre 2011, l'OAI a supprimé - avec effet au premier jour du deuxième mois suivant la notification de sa décision, soit dès le 1^{er} décembre 2011 - la rente allouée jusqu'alors à l'assurée.

L'OAI, se référant au rapport du CEMed, a considéré que l'état de santé de l'assurée s'était amélioré de manière significative en avril 2007 (recte : 2008), date à compter de laquelle elle avait recouvré une pleine capacité de travail dans son activité habituelle de secrétaire médicale. Son droit à la rente s'était dès lors éteint trois mois plus tard, soit à compter du 1^{er} juillet 2007 (recte : 2008).

L'OAI a dès lors supprimé la rente pour l'avenir, avec effet au 1^{er} décembre 2011.

Il a précisé qu'au vu de la longue période d'inactivité de l'assurée et sur demande écrite de cette dernière, il pourrait envisager de mettre en place une mesure d'aide au placement.

8. Dans un courrier du 27 octobre 2011, le Dr C_____ a fait état d'une aggravation de l'état de santé de sa patiente depuis l'expertise mise en place par le CEMed et a conclu à un épisode dépressif sévère. Le médecin a fait état d'une tentative de suicide en avril 2011 et d'une autre, grave, en septembre 2011. Le psychiatre traitant a émis l'avis que le diagnostic d'épisode dépressif léger retenu par le CEMed sous-estimait les symptômes de sa patiente.
9. Par écriture du 10 novembre 2011, l'assurée a interjeté recours contre cette décision en concluant à son annulation et à l'octroi d'une rente entière à compter du 1^{er} avril 2009.

Elle fait remarquer qu'il ressort du rapport du CEMed qu'elle aurait recouvré sa pleine capacité de travail dès le mois d'avril 2008 (et non dès le mois d'avril 2007 indiqué à tort dans la décision litigieuse).

Elle s'étonne que la décision de l'AI soit intervenue plus d'une année et demie après le rapport du CEMed et souligne avoir, dans l'intervalle, fait deux tentatives de suicide, en avril et en septembre 2011. Elle y voit la démonstration que les experts ont sous-estimé la sévérité de son trouble psychique. Elle fait remarquer que la position du Dr D_____ est d'ailleurs en complète contradiction avec les précédents avis médicaux, notamment celui du SMR.

La recourante ajoute que, quand bien même on devrait admettre les conclusions du rapport du CEMed, son état de santé s'est aggravé depuis lors.

10. Invité à se déterminer, l'intimé, dans sa réponse du 16 novembre 2011, a sollicité la production d'un certain nombre de documents médicaux.
11. Interrogé par la chambre de céans, le Dr C_____, psychiatre-traitant, a répondu en date du 29 novembre 2011 que la situation de sa patiente était complexe puisque troubles psychiques et physiques se mêlaient depuis 2005 au moins.

Selon ce médecin, les diagnostics psychiatriques mis en évidence en 2008 étaient les suivants : trouble somatoforme douloureux, trouble anxio-dépressif d'intensité moyenne en lien avec divers facteurs de stress et trouble asthénique. L'assurée souffrait alors de douleurs quotidiennes, d'une grande fatigue, de troubles du sommeil fluctuant, d'un abattement, d'une humeur triste, d'une faible estime de soi avec un sentiment d'incapacité, d'idées noires et d'une angoisse importante occasionnée par la précarité de sa situation financière et sa santé. Une psychothérapie avait été menée en complément de la prise en charge globale par le médecin-traitant et le trouble dépressif s'était progressivement amélioré, sans pour autant disparaître complètement. Quant aux douleurs et à la fatigue, elles avaient persisté. La thérapie s'était terminée en février 2009, avec une humeur améliorée.

mais fluctuante et la persistance du syndrome somatoforme douloureux, de la fatigue et d'accès d'angoisse intenses lors de certains événements.

L'assurée était revenue consulter en mai 2010, sur demande de son médecin-traitant, inquiet de la sévérité de son état dépressif et de son épuisement dans un contexte de difficultés de couple et d'incertitudes. Le diagnostic d'état dépressif de sévérité fluctuante avait été confirmé et un traitement antidépresseur instauré. Le médicament étant mal supporté et son efficacité médiocre, il y avait été renoncé avec l'accord du médecin. Le soutien psychothérapeutique s'était poursuivi jusqu'en juillet 2010 et avait permis une régression des symptômes purement dépressifs avec toutefois une humeur restant globalement triste et une persistance des douleurs, de la fatigue et des accès d'angoisse.

En avril 2011, l'assurée avait fait une tentative de suicide. Une thérapie de couple ayant été initiée, la thérapie psychiatrique avait été mise entre parenthèses car l'assurée ne disposait pas des ressources suffisantes pour suivre les deux thérapies en parallèle.

En septembre 2011, l'assurée l'avait recontacté après une nouvelle tentative ayant entraîné une nouvelle hospitalisation. Le diagnostic retenu avait été celui d'épisode dépressif sévère et de troubles de la personnalité.

L'assurée était décrite comme très déprimée avec un sentiment d'incapacité et une perte d'intérêt pour quoi que ce soit, du désespoir et une incapacité à se présenter une issue favorable de la situation. Elle était désormais sous anxiolytiques mais se refusait à prendre des antidépresseurs qui, lors de tentatives précédentes, avaient occasionné de nombreux effets secondaires (troubles digestifs, troubles visuels, etc.) et n'avaient eu que peu de succès.

12. Ce document a été communiqué à l'OAI qui, par écriture du 5 janvier 2012, après l'avoir soumis à son SMR, a conclu qu'il n'y avait pas eu d'aggravation durable de l'état de santé depuis l'expertise du CEMed du 22 février 2010.

Selon le SMR, le rapport du psychiatre-traitant ne permet pas de justifier une quelconque incapacité au travail.

Il relève qu'entre février 2009 et mai 2010, l'état de santé de l'assurée s'est amélioré et qu'il n'y a plus eu de suivi psychothérapeutique et estime qu'entre mai 2010 et la tentative de suicide d'avril 2011, aucun élément ne permet de justifier une incapacité durable de travail. La situation de crise d'avril 2011 a été résolue à la fin du suivi du Centre de thérapie brève (CTB), en mai 2011, et à partir de là, il n'y a plus eu d'incapacité de travail. D'ailleurs, le psychiatre n'a plus vu l'assurée jusqu'en septembre 2011, après la nouvelle tentative de suicide. Depuis lors, la situation décrite par le psychiatre ne correspond pas à un épisode dépressif sévère ni même moyen, état dépressif qui doit toujours être considéré comme partie intégrante du trouble somatoforme douloureux. Le SMR estime par ailleurs que la recourante a failli à son obligation de réduire le dommage, puisqu'elle se refuse à prendre un traitement approprié.

L'intimé souligne que les troubles retenus par le psychiatre traitant sont liés à des difficultés de couple et à l'impossibilité pour l'assurée d'affronter les jugements et incompréhensions formulés à son encontre. Il en tire la conclusion que ces facteurs doivent être considérés comme psychosociaux.

13. Par écriture du 9 janvier 2012, la recourante a produit un nouveau rapport du Dr C_____ du 23 décembre 2011 précisant que les diagnostics exacts retenus par les Hôpitaux universitaires de Genève (HUG), puis le Centre de thérapie brève (CTB) sont ceux d'épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et d'autres troubles spécifiques de la personnalité. Le médecin ajoute que l'évolution de la capacité de travail, qui était estimée à 50 % en 2008, doit être faite au regard de l'état de santé global. Or, lui-même ne peut se prononcer que sur les aspects psychiques. De ce point de vue-là, les diagnostics qui ont un impact sur la capacité de travail en tant que secrétaire sont, d'une part, le trouble dépressif et, d'autre part, le trouble somatoforme douloureux. En fonction de la sévérité de l'un et de l'autre, la capacité de travail peut varier de 100 % à 0 %. Actuellement, l'incapacité est totale en raison de l'intensité du trouble dépressif, qui reste encore marqué.

En définitive, la recourante a persisté à demander la mise sur pied d'une expertise judiciaire eu égard à l'aggravation rendue plausible, postérieure à l'expertise diligentée par l'intimé mais antérieure à la décision litigieuse.

14. Une audience tenue en date du 16 février 2012, au cours de laquelle a été entendu le Dr C_____ :

Le témoin a précisé d'emblée que ce n'est pas parce que les troubles de sa patiente présentent une composante saisonnière que cela les réduit strictement à cela.

Il a par ailleurs souligné que la situation diffère de ce qu'elle était en février 2010, au moment de l'expertise : sa patiente souffre désormais d'un état dépressif sévère. Son état a beaucoup fluctué depuis 2010. Au moment des fêtes 2011, il a atteint un degré de sévérité grave. En avril 2011 déjà, il y a eu une première tentative de suicide, suivie d'une seconde en septembre 2011. Admise aux urgences, l'assurée n'a pas eu un bon contact avec le personnel hospitalier, de sorte qu'elle a préféré continuer le traitement en ambulatoire, jusqu'à ce qu'en janvier 2013, elle finisse par demander son hospitalisation à la Clinique de Montana où les médecins ont tenté de mettre en place un traitement qu'elle puisse supporter car les tentatives précédentes se sont montrées peu efficaces et/ou mal supportées, avec beaucoup d'effets secondaires.

Le témoin s'est cependant dit dans l'incapacité de dater précisément l'aggravation de l'état de sa patiente, dont les troubles ont toujours beaucoup fluctué, avec une humeur dépressive réactionnelle plus ou moins vive suivant les périodes. Au trouble dépressif s'ajoutent une anxiété extrêmement importante et un trouble somatoforme douloureux.

En principe, l'hospitalisation à Montana devrait se poursuivre jusqu'à la fin du mois de février.

Le médecin, qui a suivi l'assurée depuis 1998 pour divers épisodes dépressifs distincts, a émis un pronostic très sombre quant à une éventuelle récupération en termes de capacité de travail, même partielle. L'anxiété de sa patiente est telle qu'elle lui rend difficile même la gestion des tâches courantes quotidiennes.

Le témoin a expliqué avoir essayé de mettre l'assurée sous Citalopram, ce qui a eu pour conséquence de nombreux effets secondaires (vomissements, troubles de l'accommodation visuelle, ...). Le traitement ne paraissant par ailleurs n'avoir aucun effet bénéfique objectivable mais provoquant au contraire une augmentation de l'anxiété, le médecin a avalisé son arrêt. S'il n'a pas prescrit d'autre antidépresseur, c'est qu'à cette période, c'était l'anxiété qui prédominait. Or, les pics d'anxiété ont toujours été traités chez l'assurée par anxiolytiques. Selon le médecin, il était alors admissible de limiter le traitement à ceux-ci dans la mesure où l'on considère, selon les règles de l'art, que lorsque le degré de l'état dépressif n'est pas grave, la prise d'antidépresseurs ne s'impose pas.

Selon le psychiatre traitant, c'est surtout l'anxiété qui a des conséquences en termes d'incapacité de travail chez sa patiente. Le trouble dépressif en a également, mais seulement lorsqu'il atteint le degré d'intensité moyenne ou sévère.

Le témoin a indiqué avoir eu, à la lecture de l'expertise du CEMed, le sentiment que la sévérité des troubles de sa patiente avait été largement sous-évalué. À titre d'exemple, il a relevé que l'expert relate que l'assurée se « disperse ». Or, il s'agit là, précisément, d'un symptôme typique de la panique, dont il n'a pas été tenu compte en tant que facteur incapacitant alors même que la moindre sollicitation de performance est source d'angoisse chez l'assurée et l'amène à perdre ses moyens.

Désormais l'assurée traverse un état dépressif majeur au sens strict. Ce n'est pas le premier, raison pour laquelle on peut conclure à un trouble dépressif récurrent. Toutefois, auparavant, elle a également souffert de troubles de l'adaptation avec humeur dépressive et anxieuse (en relation avec des facteurs de stress particuliers).

Les interruptions dans le suivi s'expliquent d'une part par une amélioration de l'état de la patiente, d'autre part, par le fait qu'elle a suivi d'autres thérapies (thérapie de couple en 2011, séances d'hypnose et d'acupuncture).

En définitive, le témoin a affirmé avoir la conviction profonde que l'assurée est dans l'incapacité totale, vu son état, d'exercer une activité.

15. À l'issue de cette audience, la cause a été suspendue jusqu'au 5 mars 2012, dans l'attente du rapport de sortie de la Clinique de Montana.
16. Le 5 mars 2012, la recourante a produit :
 - un résumé d'intervention du CTB du 13 mai 2011 concluant principalement à des troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites ;

- un résumé d'intervention du CTB du 17 octobre 2011, concluant principalement à un épisode dépressif sévère sans symptôme psychotique et, subsidiairement, à d'autres troubles spécifiques de la personnalité ; il ressort de ce document que la patiente a été adressée à l'unité suite à un tentamen médicamenteux et que l'assurée a refusé toute proposition de thérapie (traitement antidépresseur ou autre traitement psychotrope) ; elle a été décrite comme ayant une grande difficulté d'élaboration psychique, extrêmement rigide, avec peu, voire aucune critique par rapport à son fonctionnement, axé sur un mode de défense passif/agressif.

17. Le 11 mai 2012, la recourante a produit le rapport d'hospitalisation de la Clinique de Montana, daté du 30 mars 2012, concluant à titre principal à un trouble dépressif récurrent, épisode sévère. Un traitement antidépresseur avait été introduit, que l'assurée avait accepté, mais avec une crainte telle des effets secondaires que la compliance serait mise à rude épreuve.
18. Le 2 août 2012, la recourante a également produit un rapport du Professeur F_____, du 25 juin 2012, attestant que l'état de sa hanche nécessitait un arrêt de travail à 100 %, suite à un changement de prothèse intervenu le 5 juin 2012.
19. Invité à se déterminer sur l'ensemble des nouveaux documents versés à la procédure, l'intimé s'est exprimé le 21 août 2012.

Il se réfère à l'avis de son SMR, qui estime que le psychiatre traitant n'apporte aucun argument convaincant pour justifier une incapacité totale de travail. Selon le SMR, il y a certes aggravation manifeste, mais il est évident qu'elle est temporaire et réactionnelle à des problèmes de couple. Quant au rapport d'hospitalisation de la CRR, le SMR estime qu'il ne fait que confirmer le côté réactionnel des aggravations. Enfin, l'incapacité de travail attestée par le Prof. F_____ est postérieure à la décision litigieuse.

20. Par écriture du 31 octobre 2012, la recourante a persisté dans ses conclusions.
La recourante produit une nouvelle attestation du Prof. F_____ du 27 septembre 2012 dont il ressort qu'elle devra se servir d'une canne pendant trois mois et suivre des séances de physiothérapie pour renforcer la musculature du membre inférieur gauche. Sur le plan psychique, elle continue à demander une expertise.
21. Par écriture du 3 décembre 2012, l'intimé a persisté dans ses conclusions en alléguant que les atteintes mentionnées dans les écritures de la recourante sont réactives à des situations sociales et personnelles, ou transitoires, ou postérieures à sa décision.
22. Considérant d'une part, que le simple écoulement du temps jusqu'au prononcé de la décision ne suffisait pas, en soi, à remettre en cause la valeur probante d'un avis médical jugé convaincant, mais qu'en l'occurrence, il était allégué qu'une aggravation psychique serait survenue durant ce laps de temps, d'autre part, que se

posait également la question de savoir si l'état psychique de l'assurée était influencé par des facteurs psychosociaux, la chambre de céans a ordonné, en date du 18 septembre 2013 (ATAS/902/2013), une expertise psychiatrique, qu'elle a confié au docteur G_____.

23. Celui-ci a rendu son rapport en date du 27 janvier 2014.

L'expert a expliqué s'être basé sur le dossier, sur plusieurs examens cliniques de l'assurée, d'une durée de trois heures trente, les informations données par celle-ci, une analyse de laboratoire (dosage de l'antidépresseur prescrit) et un contact téléphonique avec le docteur H_____, psychiatre-traitant.

En résumé, l'expert a relaté que le tableau clinique était dominé par des plaintes subjectives sévères, peu spécifiques, situées à la charnière psychosomatique, principalement des douleurs multiples qualifiées d'invalidantes et accompagnées d'une fatigue importante, mise en relation avec l'insomnie provoquée par les douleurs et des troubles de la concentration. Au vu des données du dossier et des constatations, l'expert a considéré que ces symptômes ne pouvaient être expliqués complètement par des atteintes somatiques objectives. Les plaintes douloureuses sont anciennes puisqu'elles remontent à une douzaine d'années et motivent depuis longtemps de nombreuses consultations et traitements. Elles surviennent dans un contexte marqué depuis plusieurs années par des problèmes émotionnels et psychosociaux importants et répétés (épisodes anxieux et dépressifs aigus, relations conflictuelles avec les proches, rupture sentimentale, problèmes avec les assurances sociales). Cette situation correspond au diagnostic de syndrome douloureux somatoforme persistant selon la CIM-10, diagnostic dont l'expert a estimé que c'était à juste titre qu'il avait été retenu dès 2008 par le psychiatre-traitant et à tort qu'il avait été écarté par les experts du CEMed. À cet égard, l'expert a relevé que le CEMed avait jugé ce diagnostic « douteux », sans autre explication, alors même que l'étude du dossier montrait pourtant le caractère psychogène du trouble douloureux (l'assurée avait fait part à l'expert de ses sentiments de détresse et d'angoisse et de ses problèmes sociaux).

L'autre élément saillant du tableau clinique, selon l'expert, concernait la personnalité de l'assurée. Le Dr G_____ a relevé que la trajectoire de celle-ci a été marquée par des problèmes émotionnels et relationnels à répétition depuis l'adolescence, aussi bien sur le plan personnel que professionnel, ce qui s'est traduit par des relations tumultueuses et conflictuelles et par une grande instabilité professionnelle. Il a par ailleurs constaté une fragilité de l'estime de soi, une forme de rigidité dans le comportement relationnel, favorisée par une vision en « tout ou rien », et une labilité émotionnelle. Selon l'expert, ces problèmes ont sans doute été favorisés par un contexte difficile, voire traumatique, durant l'enfance (abandon par la mère biologique, naissance hors mariage, filiation cachée, transplantation en France, père violent) et une probable vulnérabilité familiale (troubles caractériels chez le père et le fils de l'assurée). L'expert en a tiré la conclusion qu'il y avait donc eu des problèmes relationnels et émotionnels à répétition depuis

l'adolescence, dus à des dysfonctionnements psychologiques répétés et ayant eu des répercussions négatives sur la vie professionnelle et personnelle de l'assurée. Cela l'a amené à retenir le diagnostic de trouble de la personnalité - d'ailleurs retenu par le CTB -, dont il a indiqué qu'il expliquait le caractère polymorphe et peu structuré des symptômes présentés par l'assurée depuis des années. L'expert s'est ainsi distancié de l'avis du psychiatre-traitant actuel, dont il a relaté qu'il considère que, s'il existe effectivement des traits de personnalité pathologiques, ceux-ci n'atteignent pas le degré d'un trouble clinique. Pour sa part, l'expert judiciaire a retenu le diagnostic de trouble mixte de la personnalité (borderline, dépendant, paranoïaque, anankastique).

Quant aux symptômes dépressifs, l'expert a indiqué qu'il en existait quelques-uns mais mineurs, uniquement subjectifs et ne justifiant pas un diagnostic, raison pour laquelle il a conclu à un trouble dépressif récurrent actuellement en rémission.

De même, les quelques symptômes anxieux relevés lui ont paru mineurs et ne justifiant pas de diagnostic clinique.

En conclusion, l'expert a retenu les diagnostics de syndrome douloureux somatoforme persistant, de trouble mixte de la personnalité et de trouble dépressif récurrent en rémission.

En définitive, il a estimé la capacité de travail de l'assurée à 50 % dans une activité adaptée aux limitations physiques définies par le docteur E._____ en 2010. L'expert n'a pas constaté d'aggravation depuis l'expertise du CEMed de février 2010 : l'état psychique était alors le même que celui observé par lui, à l'exception du trouble panique désormais disparu. En revanche, selon l'expert, le CEMed a sous-estimé la gravité du trouble psychique en ne retenant pas le diagnostic somatoforme douloureux, ni, surtout, celui de trouble de la personnalité.

24. Invité par écriture du 3 mars 2014, l'intimé a indiqué ne pouvoir se rallier aux conclusions de l'expert.

L'intimé fait valoir que la mission essentielle de celui-ci était d'évaluer si, postérieurement à l'expertise pluridisciplinaire réalisée au CEMed en 2010, une détérioration durable de l'état de santé psychique de la recourante était survenue. Il s'étonne dès lors du nouveau diagnostic retenu, alors même que le médecin a convenu que l'état de santé ne s'était pas durablement détérioré depuis l'expertise du CEMed qui, selon l'intimé, doit se voir reconnaître pleine valeur probante, contrairement à celui de l'expert judiciaire, qui ne constitue qu'une nouvelle appréciation d'un même état de santé, puisqu'il ne fait nulle mention d'une détérioration de l'état de santé de l'assurée.

L'intimé rappelle que le psychiatre-traitant lui-même estime que les traits de personnalité pathologiques n'atteignent pas le seuil diagnostic d'un trouble clinique. Il s'étonne par ailleurs qu'un tel diagnostic soit retenu chez une assurée de 59 ans, alors qu'il est généralement posé au début de l'âge adulte, et fait encore valoir qu'alors que l'expert le considère comme grave depuis 2005, entre février

2009 et avril 2011, aucun élément en ce sens n'a été relevé, en particulier, l'assurée n'a suivi aucun traitement psychiatrique.

25. Par écriture du même jour, la recourante a également contesté les conclusions de l'expertise, alléguant qu'elle ne peut exercer la moindre activité, même à 50 %, compte tenu de la fragilité de son état psychique.

Relevant que l'expert ne s'est prononcé que sur le plan psychique, elle fait valoir qu'il y aurait lieu de tenir compte d'un abattement supplémentaire de 25 % pour tenir compte de ses limitations physiques.

Elle invoque à l'appui de sa position les avis des Drs H_____ et DE B_____ : le premier allègue, dans un courrier du 19 février 2014, que l'anamnèse de l'expert lui semble complète, qu'il peut également partager les diagnostics mentionnés mais qu'il évalue différemment l'incapacité de travail ; selon lui, sa patiente est dans l'incapacité d'assumer une activité professionnelle, quelle qu'elle soit, et ce, de façon durable. Quant au second, il indique que son seul désaccord concernant l'expertise du Dr G_____ réside dans la capacité de travail résiduelle de sa patiente, dont il estime que si une capacité de 50 % correspond à l'année 2008, elle ne correspond plus à la situation actuelle au vu du parcours médico-social des quatre dernières années.

26. Par écriture du 8 avril 2014, l'intimé a persisté dans ses conclusions.

27. Par lettre du 26 avril 2014, la recourante a fait de même.

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; RS E 2 05) en vigueur depuis le 1^{er} janvier 2011, la chambre des assurances sociales de la Cour de justice connaît, en instance unique, des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales, du 6 octobre 2000 (LPGA; RS 830.1) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI; RS 831.20).

La compétence de la chambre de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

2. Le recours ayant été déposé dans le respect des forme et délai légaux, il y a lieu d'entrer en matière.
3. La LPGA est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait

réalisé à la date déterminante de la décision litigieuse (ATF 129 V 1 consid. 1, 127 V 467 consid. 1 et les références).

4. Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si l'état de santé de l'assurée s'est modifié depuis le 24 juin 2008 - date de la décision initiale - au point d'influencer son droit aux prestations.
5. Selon l'art. 17 LPGA, si le taux d'invalidité du bénéficiaire de la rente subit une modification notable, la rente est, d'office ou sur demande, révisée pour l'avenir, à savoir augmentée ou réduite en conséquence, ou encore supprimée. Cela vaut également pour d'autres prestations durables accordées en vertu d'une décision entrée en force, lorsque l'état de fait déterminant se modifie notablement par la suite. Tout changement important des circonstances propre à influencer le degré d'invalidité, et donc le droit à la rente, peut motiver une révision selon l'art. 17 LPGA. La rente peut être révisée non seulement en cas de modification sensible de l'état de santé, mais aussi lorsque celui-ci est resté en soi le même, mais que ses conséquences sur la capacité de gain ont subi un changement important (ATF 130 V 349 consid. 3.5 ; 113 V 275 consid. 1a; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Le point de savoir si un tel changement s'est produit doit être tranché en comparant les faits tels qu'ils se présentaient au moment de la décision initiale de rente et les circonstances régnant à l'époque de la décision litigieuse (ATF 130 V 351 consid. 3.5.2 ; 125 V 369 consid. 2 et la référence; 112 V 372 consid. 2b et 390 consid. 1b).

Enfin, l'art. 17 LPGA n'a pas apporté de modification aux principes jurisprudentiels développés sous le régime de l'ancien art. 41 LAI, en vigueur jusqu'au 31 décembre 2002 (ATF 130 V 343 consid. 3.5).

6. 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 352 ss consid. 3).

S'agissant de la valeur probante des 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. Ainsi, la jurisprudence accorde plus de poids aux constatations faites par un spécialiste qu'à l'appréciation de l'incapacité de travail par le médecin de famille (ATF 125 V 353 consid. 3b/cc et les références, RJJ 1995, p. 44 ; RCC 1988 p. 504 consid. 2)

Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

7. a) La recourante soutient que son état s'est péjoré au point de justifier l'augmentation de son droit aux prestations à compter du 1^{er} avril 2009, comme le démontrent ses tentatives de suicide en avril et en septembre 2011. Elle reproche aux experts d'avoir sous-estimé la sévérité de son trouble de l'humeur.

L'intimé, quant à lui, considère que, loin de se péjorer, l'état de l'assurée s'est au contraire amélioré au point qu'elle a recouvré une pleine capacité de gain en avril 2008.

b) En l'espèce, la décision initiale d'octroi de rente du 24 juin 2008 reposait sur les avis des Drs B_____, C_____ et I_____ (pour le SMR) qui, de manière unanime, ont conclu, à compter de mars 2008, à une capacité de travail de 50 % dans l'activité habituelle en raison d'atteintes physiques (capsulite rétractile, œdème mammaire, sciatalgie et coxarthrose) mais également d'un trouble somatoforme douloureux et d'un trouble de l'adaptation avec humeur anxieuse et dépressive.

c) Au moment de la décision de suppression de rente litigieuse, en octobre 2011, force est de constater que le tableau clinique présenté par la recourante ne différait pas fondamentalement de celui présenté en 2008, tant sur le plan physique que psychique.

L'aggravation de l'état dépressif alléguée par le Dr C_____ dans son courrier du 27 octobre 2011 n'a pas été corroborée par l'expert judiciaire, qui a constaté, tout comme le CEMed avant lui, une amélioration de l'état de la recourante sur le plan

psychique, de sorte qu'il faut en conclure que l'aggravation alléguée en 2011 n'a été que transitoire.

En revanche, l'allégation du Dr C_____ selon laquelle le CEMed aurait sous-estimé l'état de sa patiente est corroborée par les observations du Dr G_____. Comme le fait remarquer l'intimé, les troubles retenus par le psychiatre traitant sont notamment liés à l'impossibilité pour l'assurée d'affronter les jugements et incompréhensions formulés à son encontre. On ne saurait cependant en tirer la conclusion, comme l'intimé, qu'il ne s'agirait-là que de facteurs psychosociaux - et par conséquent non invalidants. Il convient à cet égard de se référer aux explications très détaillées et convaincantes de l'expert judiciaire s'agissant de la personnalité de l'assurée. L'expert a relevé que la trajectoire de l'intéressée avait été marquée depuis l'adolescence par des relations tumultueuses et conflictuelles et par une grande instabilité professionnelle. S'y ajoutaient une fragilité de l'estime de soi, une forme de rigidité dans le comportement relationnel, favorisée par une vision en « tout ou rien », et une labilité émotionnelle. L'expert a conclu à des dysfonctionnements psychologiques répétés et ayant eu des répercussions négatives sur la vie professionnelle et personnelle de l'assurée, ce qui l'a amené à retenir le diagnostic de trouble mixte de la personnalité. Certes, ce diagnostic n'a pas été retenu par le dernier psychiatre traitant de la recourante mais il a été évoqué tant par le Dr C_____ - dans un courrier du 23 décembre 2011 -, que par le CTB - qui parle, dans un résumé d'intervention du 13 mai 2011, de troubles de l'adaptation avec perturbation mixte des émotions et des conduites, et dans un résumé d'intervention du 17 octobre 2011, de troubles spécifiques de la personnalité en soulignant une grande difficulté d'élaboration psychique, une rigidité extrême et l'absence de sens critique de l'assurée par rapport à son fonctionnement, axé sur un mode de défense passif/agressif).

Il ressort du rapport du Dr G_____ que c'est le trouble mixte de la personnalité qui est désormais au premier plan et qui justifie à lui seul la persistance d'une incapacité de travail de 50 %.

L'intimé conteste les conclusions de l'expert judiciaire dont il fait valoir que la mission essentielle était d'évaluer si, postérieurement à l'expertise pluridisciplinaire réalisée au CEMed en 2010, une détérioration durable de l'état de santé psychique de la recourante était survenue. Selon lui, l'avis de l'expert judiciaire ne constitue qu'une nouvelle appréciation d'un même état de santé, puisqu'il ne fait nulle mention d'une détérioration de l'état de santé de l'assurée.

Si l'expertise du CEMed peut se voir accorder pleine valeur probante, il en va de même de celle du Dr G_____, qui répond à tous les réquisits de la jurisprudence. Force est cependant de constater que ces expertises ne sont pas véritablement contradictoires. En effet, si le CEMed écarte le diagnostic de trouble somatoforme douloureux, le Dr G_____ le retient mais convient que les critères jurisprudentiels permettant de lui voir reconnaître un caractère invalidant ne sont pas réunis. De même, tant le CEMed que l'expert judiciaire jugent l'état dépressif en rémission et

les quelques symptômes d'anxiété insuffisants pour influencer la capacité de travail. L'expert judiciaire, s'il a écarté toute aggravation depuis l'expertise du CEMed, a toutefois retenu un diagnostic supplémentaire, que le CEMed ne semble quant à lui pas du tout avoir envisagé : celui de trouble mixte de la personnalité. L'expert a de surcroît expliqué de manière convaincante et approfondie les raisons pour lesquelles il retenait ce diagnostic et considérait qu'il n'était devenu invalidant que sur le tard, en 2005. Ses explications permettent au surplus de comprendre en quoi les médecins-traitants ont eu le sentiment que la situation de leur patiente avait été sous-estimée par le CEMed. Au vu des développements de l'expert, on comprend pourquoi cette atteinte ne s'est révélée invalidante qu'alors que la recourante était déjà dans la cinquantaine. À cet égard le fait qu'elle n'ait suivi aucun traitement entre février 2009 et avril 2011 n'est pas relevant puisque, du fait même de sa personnalité, l'intéressée se montre réticente à un tel suivi et dépourvue de tout sens critique envers son propre fonctionnement.

Le CEMed, lui, s'est concentré sur la symptomatologie douloureuse relativement diffuse, non spécifique, dont il a constaté qu'elle était éminemment subjective et non objectivable par l'examen clinique ou les investigations paracliniques. Considérant que les conditions permettant de conclure de ce point de vue à une atteinte invalidante n'étaient pas réunies - ce que corrobore d'ailleurs l'expertise judiciaire - ils ont conclu à une pleine capacité de travail, sans envisager le problème sous l'angle du trouble de la personnalité retenu par le Dr G_____, ce qui explique leurs divergences quant à la capacité résiduelle de travail.

L'expert judiciaire a reconnu que, généralement, un trouble de personnalité est invalidant peu ou prou, même s'il complique sérieusement la vie relationnelle du sujet, en particulier dans son milieu professionnel. Il peut devenir durablement invalidant si les crises relationnelles et émotionnelles dont il favorise la survenue sont suffisamment rapprochées pour ne pas permettre à l'intéressée de se réinsérer durablement dans la vie active entre les crises. Or, selon lui, c'est ce qui s'est passé pour la recourante à partir de 2005 : elle a eu une vie professionnelle de tout temps très instable, marquée par des ruptures, des conflits à répétition, des interruptions fréquentes sur conflits, chômage ou arrêts maladie. Chaque fois, elle a pu se réinsérer dans la vie active, notamment en s'investissant dans de nouvelles formations professionnelles, mais, depuis 2005 - date à laquelle on lui a diagnostiqué un cancer du sein -, l'assurée n'a jamais pu reprendre une activité normale, du moins à plein temps. Selon l'expert, les caractéristiques de la personnalité mises en évidence par son examen (méticulosité, perfectionnisme, rigidité, impulsivité, conflictualité) sont des freins puissants à l'insertion durable dans une activité exigeant du rendement et des capacités relationnelles, autrement dit dans toute activité professionnelle. Tout se passe comme si l'expertisée ne possédait plus, depuis 2005, les ressources qui lui ont permis de rebondir plusieurs fois auparavant, du moins pour occuper des emplois temporaires. L'expert émet l'hypothèse que le cumul d'affections somatiques répétées et d'un syndrome

douloureux a contribué à « casser le ressort psychologique » de l'intéressée. Il en tire la conclusion que sa capacité de travail est diminuée de manière significative, du fait des limitations fonctionnelles tenant à sa pathologie de la personnalité (diminution de la capacité à faire face au stress professionnel, à être à la hauteur de l'exigence de performances et à établir des relations durablement normales avec des collègues, des supérieurs ou des clients, rigidité relationnelle par besoin de contrôle et fonctionnement obsessionnel), limitations sans doute encore aggravées par la fatigue due à l'insomnie chronique.

L'expert en tire la conclusion qu'il est excessif de considérer, comme les médecins-traitants, que la capacité de travail de l'assurée est totalement abolie par les limitations fonctionnelles d'ordre psychique mais réaliste de considérer qu'elle est diminuée de l'ordre de 50 %, dans une activité adaptée aux limitations physiques telles que définies par le Dr E_____ en 2010.

Il convient, pour toutes les raisons évoquées supra, de se rallier à ces conclusions et de considérer que, si l'état de l'assurée ne s'est pas amélioré, il ne s'est pas non plus dégradé au point d'entraîner une totale incapacité de travail, d'autant que les médecins traitants invoqués par la recourante admettent que l'anamnèse de l'expertise est complète, les diagnostics corrects, et ne divergent que quant à l'évaluation de la capacité de travail, soit en ne motivant guère leur position, soit en la motivant par le « parcours médico-social » de leur patiente, élément au demeurant non pertinent pour l'assurance-invalidité.

d) Dans ces circonstances, il n'existe pas de modification notable de l'état de santé au sens de l'art. 17 LPGA et de la jurisprudence y relative citée supra, autorisant une révision du droit à la rente.

8. Dès lors, l'argument de la recourante selon laquelle il faudrait se livrer à un nouveau calcul de son degré d'invalidité en appliquant une réduction supplémentaire de 25 % pour tenir compte de ses limitations physiques tombe à faux, d'autant qu'aucun des médecins s'étant prononcé n'a allégué une aggravation sur ce plan - si ce n'est le Prof. F_____, mais s'agissant d'une période postérieure à la décision litigieuse.
9. Quant au fait que l'assurée ait été âgée de 57 ans au moment de la décision litigieuse, il ne justifie pas non plus, en soi, de nouveau calcul du degré d'invalidité.

En effet, le Tribunal fédéral a rappelé que la question de savoir si un assuré a droit à une rente et celle de savoir si un assuré déjà bénéficiaire d'une rente partielle a droit à une augmentation de celle-ci s'apprécie différemment. Dans le premier cas, il s'agit effectivement de déterminer l'impact concret d'une atteinte à la santé sur la capacité de travail de l'assuré et les conséquences économiques qui en découlent au moment de la naissance du droit à la rente tandis que, dans le second, il s'agit d'examiner si un changement de circonstances important susceptible d'influencer le taux d'invalidité évalué antérieurement s'est produit. Si l'âge exerce une influence certaine dans l'évaluation du degré d'invalidité, dès lors qu'il intervient

indirectement comme critère de réduction du revenu d'invalidé (cf. ATF 126 V 75 consid. 5b/aa-cc p. 79) et directement lorsqu'il s'agit d'appréhender la situation particulière d'un assuré qui a atteint un « âge avancé » au moment de la naissance de droit (cf. notamment arrêts 9C_918/2008 du 28 mai 2009 consid. 4.2.2, 9C_437/2008 du 19 mars 2009 consid. 4 in SVR 2009 IV n° 35 p. 97 et I 819/04 du 27 mai 2005 consid. 2.2 et les références), tel ne saurait être le cas lors de l'examen des conditions d'une révision. En effet, l'écoulement du temps, qui ne constitue pas une atteinte à la santé au sens de l'art. 3 et 4 LPGA (cf. arrêt 9C_844/2009 du 29 mars 2010 consid. 5) et qui est un paramètre inéluctable pour tous les assurés - ne peut en soi légitimer l'augmentation d'une rente, sinon tout bénéficiaire de rentes partielles approchant les soixante ans pourrait automatiquement exiger la révision de son droit et prétendre une rente entière (arrêt non publié du Tribunal fédéral 9C_50/2010 du 6 août 2010).

Eu égard à la jurisprudence précitée, l'âge atteint par la recourante au moment de la décision litigieuse ne saurait donc suffire à admettre une augmentation de rente.

10. Au vu des considérations qui précèdent, la chambre de céans constate que l'état de santé de l'assurée ne s'est pas modifié au point d'influencer son droit à une demi-rente d'invalidité. En ce sens, le recours est partiellement admis.

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

Statuant

A la forme :

1. Déclare le recours recevable.

Au fond :

2. L'admet partiellement au sens des considérants.
3. Annule la décision du 3 octobre 2011.
4. Dit que la recourante a droit au versement d'une demi-rente au-delà du 30 novembre 2011.
5. Renvoie la cause à l'intimé à charge pour lui de calculer le montant des prestations dues.
6. Condamne l'intimé à verser à la recourante la somme de CHF 5'000.- à titre de participation à ses frais et dépens.
7. Met un émolument de CHF 200.- à la charge de l'intimé.
8. Informe les parties de ce qu'elles peuvent former recours contre le présent arrêt dans un délai de 30 jours dès sa notification auprès du Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 LUCERNE), par la voie du recours en matière de droit public, conformément aux art. 82 ss de la loi fédérale sur le Tribunal fédéral, du 17 juin 2005 (LTF; RS 173.110); le mémoire de recours doit indiquer les conclusions, motifs et moyens de preuve et porter la signature du recourant ou de son mandataire; il doit être adressé au Tribunal fédéral par voie postale ou par voie électronique aux conditions de l'art. 42 LTF. Le présent arrêt et les pièces en possession du recourant, invoquées comme moyens de preuve, doivent être joints à l'envoi.

La greffière

La présidente

Marie-Catherine SECHAUD

Karine STECK

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